Изъ Патолого-Анатомическаго Института Императорскаго Новороссійскаго Университета (Директоръ Проф. Д. П. Кишенскій).

5

ГЕМАНГІОМЫ.

Литературный очеркъ ученія о гемангіомахъ и собственныя патолого-анатомическія изслѣдованія.

И. Е. Корнманъ.





ОДЕССА—1913.

Inst

Revu

Aus d
russ

Üb

Institut d'anatomie pathologique de l'Université Impériale d'Odessa
(Directeur de l'Institut: Prof. D. Kichensky).

LES HÉMANGIOMES.

Revue de la littérature et recherches personnelles sur l'anatomie pathologique des hémangiomes.

par

J. Kornmann.



ODESSA—1913.



Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Kaiserlich Neurussischen Universität in Odessa (Director: Prof. D. Kischensky).

DIE HÄMANGIOME.

Übersicht der Litteratur sowie eigene pathologisch-anatomische Untersuchungen.

von

J. Kornmann.



ODESSA—1913.

Изъ Патолого
россійскаго У

ГЕ

Литературный
ныя

Изъ Патолого-Анатомическаго Института Императорскаго Новороссійскаго Университета (Директоръ Проф. Д. П. Кишенскій).

A la bibliothèque du Royal College of Surgeons hommage de l'auteur

ГЕМАНГІОМЫ.

Литературный очеркъ ученія о гемангіомахъ и собственныя патолого-анатомическія изслѣдованія.

И. Е. Корнманъ.





ОДЕССА—1913.

Отдѣльный оттискъ изъ VI выпуска Медицинскаго Факультета
Записокъ Императорскаго Новороссійскаго Университета.

ОДЕССА.
Типографія „Техникъ“, Екатерининская, 58
1913.

Моимъ родителямъ

посвящаю

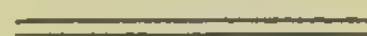
этотъ трудъ.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Приложенiе къ второй части.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ.

Собственныя изслѣдованiя о гемангiомахъ.



ПРЕДИСЛОВІЕ.

Однимъ изъ наиболѣе изучавшихся, но и до настоящаго времени наименѣе выясненныхъ отдѣловъ патологической анатоміи человѣка является вопросъ о новообразованіяхъ. Этому отдѣлу посвящено большое количество монографій, безчисленныя отдѣльныя сообщенія, а также различнаго характера экспериментальныя работы. Съ цѣлью изученія новообразованій и притомъ главнымъ образомъ злокачественныхъ (рака и саркомы) основаны научныя общества и спеціальные журналы и созданы, наконецъ, институты, снабженные какъ клиническими отдѣленіями, такъ и различными лабораторіями.

Подавляющее число работъ по онкологіи современныхъ патолого-анатомовъ посвящено разработкѣ спорныхъ вопросовъ ученія о злокачественныхъ опухоляхъ. Наряду съ отдѣльными работами въ этомъ направленіи имѣются и сводныя, систематизирующія и объединяющія накопившійся литературный матеріалъ. Такими являются монографіи *Wolff*'а (1907), *Lewin*'а (1909), *Ménétrier* (1909), *Thomas* (1910), *Ribbert*'а (1911) и др., въ которыхъ разсматриваются однѣ только злокачественныя опухоли.

Изученію такъ называемыхъ доброкачественныхъ новообразованій, несомнѣнно, удѣляется гораздо меньше мѣста, чѣмъ опухолямъ злокачественнымъ. Къ изученію послѣднихъ побуждаетъ не только теоретическій интересъ, но и надежда выяснить этіологію этихъ опухолей и слѣдовательно подойти ближе къ раціональному способу ихъ лѣченія. Не смотря на то, что число казуистическихъ сообщеній и отдѣльныхъ работъ о доброкачественныхъ опухоляхъ до-

статочно велико, сводка ихъ является лишь рѣдкимъ исключеніемъ. Лишь въ нѣкоторыхъ руководствахъ объ опухоляхъ (*Borst*'а [1]), *Ribbert*'а [2])) и въ небольшихъ монографіяхъ, носящихъ характеръ рефератовъ и помѣщенныхъ въ извѣстныхъ сборникахъ (*Lubarsch и Ostertag* [3]) и др.), можно найти сводку отдѣльныхъ современныхъ работъ, касающихся доброкачественныхъ опухолей. Къ сожалѣнію, въ упомянутыхъ изданіяхъ приводятся далеко не всѣ опубликованныя работы и часто совершенно не указывается содержаніе нѣкоторыхъ изъ нихъ. Въ русской же литературѣ оригинальныя работы, подобныя приведеннымъ, совершенно отсутствуютъ.

Среди такъ называемыхъ доброкачественныхъ новообразованій особый интересъ представляютъ собой *гемангіомы*. Одни авторы причисляютъ ихъ къ истиннымъ новообразованіямъ (*Weber* [4]), *Porta* [5]), *Ribbert* [6]) и его школа и др.); другіе (*Borst* [7]), *Tripier* [8]) и др.), наоборотъ, исключаютъ большинство сосудистыхъ опухолей изъ отдѣла истинныхъ новообразованій. Наконецъ, третьи (*Quénu* [9]) и др.) при описаніи опухолей приводятъ гемангіомы какъ бы въ видѣ приложенія („appendice aux tumeurs“). Разногласія авторовъ возникаютъ также и по поводу ихъ происхожденія, роста, частоты нахожденія, исходовъ и т. д.

Въ виду отсутствія на русскомъ языкѣ спеціальной работы, посвященной гемангіомамъ вообще, и наличности цѣлаго ряда спорныхъ вопросовъ объ этихъ опухоляхъ, я очень охотно принялъ предложеніе глубокоуважаемаго моего учителя, профессора *Д. П. Кишенскаго*, во-первыхъ, систематизировать накопившіяся въ русской и иностранной литературѣ

---

[1]) *Borst.* Die Lehre von den Geschwülsten. 1902.

[2]) *Ribbert.* Geschwulstlehre. Bonn. 1904.

[3]) *Lubarsch und Ostertag.* Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie der Menschen und der Tiere. Bd. I (1896)—XVI (1912).

[4]) *Weber.* См. *Mauclaire и de Boris.* Les angiomes. 1896. p. 2.

[5]) *Porta.* См. тамъ же.

[6]) *Ribbert.* l. c.

[7]) *Borst.* l. c.

[8]) *Tripier.* Traité d'anatomie pathologique générale. 1904. p. 756.

[9]) In *Duplay et Reclus.* Traité de chirurgie. 1897. T. I. p. 483.

работы о гемангіомахъ и, во-вторыхъ, путемъ собственныхъ макро- и микроскопическихъ изслѣдованій, разобраться въ нѣкоторыхъ спорныхъ вопросахъ, касающихся этихъ опухолей.

Такимъ образомъ, моя работа распадается на два главныхъ отдѣла: одинъ посвященъ изученію литературы, въ другомъ приведены собственныя патолого-анатомическія изслѣдованія.

Изученіе *литературы* о гемангіомахъ представило большія затрудненія въ виду того, что медицинскій отдѣлъ фундаментальной библіотеки Новороссійскаго Университета далеко не отличается полнотою. Во-первыхъ, большинство медицинскихъ журналовъ выписывается только за послѣдніе 10—12 лѣтъ, именно со времени открытія медицинскаго факультета въ Одессѣ. Затѣмъ, въ библіотекѣ имѣются только русскіе, нѣмецкіе и французскіе медицинскіе журналы. Англійскіе, американскіе и итальянскіе журналы почти совершенно отсутствуютъ. Нѣтъ также иностранныхъ медицинскихъ диссертацій, которыя пришлось выписывать изъ за границы. Къ сожалѣнію, многія изъ диссертацій не нашлись въ продажѣ. Не оказалось въ библіотекѣ многихъ монографій и учебниковъ по патологической анатоміи вообще и по онкологіи въ частности.

Со многими работами по патологической анатоміи гемангіомъ мнѣ удалось познакомиться въ спеціальной библіотекѣ при Патолого-анатомическомъ институтѣ. Кромѣ того, благодаря любезному разрѣшенію профессоровъ *В. В. Воронина*, *С. С. Головина*, *Н. К. Лысѣнкова*, *А. Ф. Маньковскаго*, *Н. М. Попова* и *В. П. Филатова*, я имѣлъ возможность заниматься въ библіотекахъ завѣдываемыхъ ими учрежденій. Приношу имъ за это мою благодарность. Благодарю также профессоровъ *В. Д. Бранта*, *К. М. Сапѣжко*, д-ра *П. С. Гешелина* и др. за разрѣшеніе воспользоваться нѣкоторыми литературными источниками изъ ихъ собственныхъ библіотекъ. Наконецъ, благодаря любезности администраціи одесскихъ городскихъ больницъ, я пользовался журналами изъ медицинской библіотеки названныхъ учрежденій.

Къ сожалѣнію, все же многія работы остались для меня не только совершенно недоступными, но мнѣ не удалось даже найти ихъ рефератовъ.

XIV

Въ цѣляхъ наиболѣе удобнаго пользованія собраннымъ литературнымъ матеріаломъ, я разбилъ его на группы, соотвѣтственно тѣмъ органамъ, въ которыхъ гемангіомы наблюдались.

За немногими исключеніями, подверглись разсмотрѣнію лишь однѣ чистыя формы гемангіомъ. Тѣ случаи, въ которыхъ *микроскопическое изслѣдованіе* опухолей не было произведено или же оно не приводится авторами, упомянуты лишь для полноты литературнаго очерка, но оставлены мною безъ анализа. Исключительное вниманіе обращено на *патологическую анатомію* каждаго случая, а потому мною совершенно опущены клиническія свѣдѣнія діагностическаго или терапевтическаго характера.

При знакомствѣ съ литературными источниками и при изученіи собственныхъ случаевъ, оказалось, что существуетъ рядъ патологическихъ образованій, очень сходныхъ съ гемангіомами, которыя, однако, по тѣмъ или инымъ причинамъ должны быть выдѣлены изъ ихъ числа. Относящіеся сюда случаи мною приведены въ отдѣльной главѣ (XIX) подъ названіемъ: „Ложныя гемангіомы".

Матеріалъ для моихъ изслѣдованій о гемангіомахъ составился слѣдующимъ образомъ:

1) Большинство труповъ, вскрытыхъ въ Патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета и въ прозекторскомъ кабинетѣ одесской старой городской больницы (проф. *Д. П. Кишенскій*, прив.-доц., нынѣ проф. Варшавскаго Университета, *І. Ф. Пожарискій*, прив.-доц. баронъ *М. М. Тизенгаузенъ*, д-ръ *Г. П. Баджіевъ* и др.) за 1909—10, 1910—11 и 1911—12 учебные годы, подвергались тщательному изслѣдованію на присутствіе гемангіомъ. Всѣ подозрительные по отношенію къ гемангіомамъ участки ткани вырѣзывались и подвергались микроскопическому изслѣдованію.

На очень многихъ вскрытіяхъ я присутствовалъ, нѣкоторыя же были произведены мною лично.

2) Музей Патолого-анатомическаго института мною былъ просмотрѣнъ и многіе препараты были изслѣдованы микроскопически.

3) Многіе въ высшей степени цѣнные и рѣдкіе препараты и срѣзы гемангіомъ были предоставлены мнѣ черезъ

посредство дорогого моего учителя, профессора *Д. П. Кишенскаго* глубокоуважаемымъ профессоромъ Московскаго Университета *М. Н. Никифоровымъ*, которому я приношу свою искреннюю благодарность.

4) Наконецъ, нѣсколько препаратовъ гемангіомъ были мнѣ предоставлены глубокоуважаемыми проф. Новороссійскаго, нынѣ проф. Московскаго Университета, *С. С. Головинымъ*, прив.-доц. Новороссійскаго, нынѣ проф. Варшавскаго Университета, *І. Ф. Пожарискимъ*, прив.-доц. Новороссійскаго, нынѣ проф. Николаевскаго Саратовскаго Университета, *К. А. Юдинымъ*, прив.-доц. Новороссійскаго Университета барономъ *М. М. Тизенгаузеномъ*, прив.-доц. Новороссійскаго Университета *О. К. Вернкс*, старшимъ врачемъ одесской Павловской глазной лѣчебницы *О. К. Вальтеромъ*, д-рами *М. А. Мисиковымъ, Г. Л. Іоанно, Ш. І. Криницкимъ, А. Ф. Мелешко* и др.

Всѣмъ имъ приношу свою глубокую благодарность.

Мнѣ не удалось собрать особенно большого количества случаевъ гемангіомъ. Однако и имѣющагося матеріала оказалось достаточнымъ, чтобы придти къ нѣкоторымъ выводамъ какъ частнаго, такъ и общаго характера.

Для удобства изложенія изслѣдованные случаи расположены по органамъ и при томъ, по возможности, въ такомъ же порядкѣ, какого я держался и въ литературномъ очеркѣ.

Въ отдѣльныхъ главахъ (XXIV, XXV, XXVI, XXXI и др.) помѣщены данныя какъ изслѣдованія тѣхъ образованій, которыя симулировали гемангіомы, такъ и изслѣдованія нѣкоторыхъ препаратовъ, которые, въ надеждѣ найти „ложныя" гемангіомы, были взяты изъ музея Патолого-анатомическаго института Новороссійскаго Университета.

Несомнѣнно, что многіе спорные вопросы по патологической анатоміи гемангіомъ нашли бы свое объясненіе, если бы удалось экспериментальнымъ путемъ добиться ихъ образованія. Однако, въ этомъ направленіи почти ничего не сдѣлано. Насколько мнѣ извѣстно, одинъ только *Scheffen* [1]),

---

[1]) *Scheffen.* Beiträge zur Histogenese der Lebercavernome. I.D. 1897. Bonn.

подъ руководствомъ *Jores*'а, путемъ эксперимента пытался рѣшить вопросъ объ образованіи кавернозныхъ гемангіомъ печени.

Точно также и моя попытка получить развитіе сосудистаго образованія путемъ пересадки въ организмъ курицы сосудистаго поля куринаго зародыша (глава XXXII) не дала положительныхъ результатовъ.

По мѣрѣ ознакомленія съ многочисленными работами о гемангіомахъ, я убѣдился, что литература объ этихъ образованіяхъ чрезвычайно обширна.

Старая литература собрана и подробно разработана *Virchow*'ымъ [1]) въ его классической лекціи, помѣченной 10 марта 1863 г. Эта работа явилась для меня главнымъ источникомъ при знакомствѣ съ прежними взглядами о гемангіомахъ и о сходныхъ съ ними образованіяхъ.

Но за истекшіе съ тѣхъ поръ 50 лѣтъ другой работы, подобной лекціи *Virchow*'а, не появилось, если не считать небольшой книги *Mauclaire и de Bovis*'а [2]), которые, однако, изучали гемангіомы главнымъ образомъ со стороны клинической.

Между тѣмъ за послѣдніе полъ-вѣка появилось такъ много новыхъ работъ о сосудистыхъ опухоляхъ и по поводу ихъ были высказаны столь разнорѣчивые взгляды, что въ настоящее время одному лицу едва ли возможно окончательно разобраться во всѣхъ существующихъ противорѣчіяхъ и представить ученіе о гемангіомахъ въ видѣ стройнаго цѣлаго.

Поэтому я смотрю на мою настоящую работу лишь какъ на попытку, во-первыхъ, собрать изъ доступныхъ мнѣ источниковъ разбросанный литературный матеріалъ по патологической анатоміи гемангіомъ, во-вторыхъ, дополнить этотъ матеріалъ собственными наблюденіями и, наконецъ, въ третьихъ, на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ изслѣдованій сдѣлать посильные выводы.

Если, благодаря моей работѣ, будетъ облегчено даль-

---

[1]) *Virchow.* Die krankhaften Geschwülste. Dritter Band. Erste Hälfte. Fünfundzwanzigste Vorlesung. Angiome. p. 306—496.

[2]) *Mauclaire et de Bovis.* Les angiomes. Paris. 1896. p. 1—226 (in 16⁰).

нѣйшее изученіе вопроса о гемангіомахъ, то я буду считать, что цѣль моего болѣе чѣмъ трехлѣтняго труда достигнута.

Настоящая работа возникла по предложенію моего дорогого учителя, профессора *Димитрія Павловича Кишенскаго* и произведена по его плану и при его ближайшемъ руководствѣ.

Прошу его принять мою глубокую благодарность какъ за предложенную интересную тему и непрерывную помощь при ея разработкѣ, такъ и за постоянное чисто отеческое ко мнѣ отношеніе со времени моего студенчества.

Приношу также сердечную благодарность глубокоуважаемому прозектору Патолого-анатомическаго института, приватъ-доценту Новороссійскаго Университета барону *М. М. Тизенгаузену* за его постоянное чрезвычайно для меня цѣнное содѣйствіе моей работѣ.

Далѣе благодарю глубокоуважаемыхъ бывшаго пом. прозектора Патолого-анатомическаго института и приватъ-доцента Новороссійскаго Университета, а теперь профессора Варшавскаго Университета, *І. Ф. Пожариского* и бывшаго лаборанта Патолого-анатомическаго института Новороссійскаго Университета, нынѣ и. д. прозектора при каѳедрѣ судебной медицины Николаевскаго Саратовскаго Университета, д-ра *Г. И. Баджіева* за постоянную помощь при моихъ изслѣдованіяхъ въ началѣ работы.

Одесса,
1909—1913 г.

Указатель важнѣйшихъ сокращеній.

I. При обозначеніи литературныхъ источниковъ, мною въ настоящей работѣ сдѣланы слѣдующія сокращенія:

A. = Архивъ, Archiv, Archive, Archivio. — **A. Chir.** = Archiv für klinische Chirurgie von Langenbeck. — **A. d. H.** = Archiv der Heilkunde. — **A. di O.** = Archivio di ottalmologia. — **A. f. A.** = Archiv für Augenheilkunde. — **A. f. A. u. O.** = Archiv für Augenheilkunde und Ohrenheilkunde. — **A. f. An.** = Archiv für Anatomie und Physiologie. — **A. f. D.** = Archiv für Dermatologie. — **A. f. e. P.** = Archiv für experimentelle Pathologie. — **A. f. G.** = Archiv für Gynäkologie. — **A. f. K.** = Archiv für Kinderheilkunde. — **A. f. L.** = Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. — **A. f. O.** = Archiv (Graefe's) für Ophthalmologie. — **A. f. Ohr.** = Archiv für Ohrenheilkunde. — **A. f. Ps.** и **A. Psych.** = Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — **A. gén. de méd.** = Archives générales de médecine. — **A. ital. di lar.** = Archivio italiano di laringologia. — **A. klin. Med.** и **D. A. kl. M.** = Deutsches Archiv für klinische Medizin. — **A. Lar.** = Archives de laryngologie. — **A. méd.** = Archives de médecine expérimentale. — **A. Neur.** = Archives de Neurologie. — **A. O.** = Archives d'Ophtalmologie. — **A. of Neur.** = Archives of Neurology. — **A. of O.** = Archives of Ophthalmology. — **A. O. O. L.** = Archives of ophthalmology, otology and laryngology. — **A. of Lar.** = Archives of Laryngology. — **A. prov.** = Archives provinciales de chirurgie. — **Am.** = American. — **Am. J. Obst.** = American Journal of Obstetrics. — **Am. J. of otol.** = American Journal of otology. — **Am. J. of ophth.** = American Journal of ophthalmology. — **Am. J. Sc.** = American Journal of the medical Sciences. — **An. derm.** = Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — **An. di O.** = Annali di Ottalmologia. — **An. Gyn.** = Annales de gynécologie et obstétrique. — **An. g. ur.** = Annales des maladies génito-urinaires. — **An. oc.** = Annales oculistiques. — **An. of O.** = Annals of Ophthalmology. — **An. or. lar.** = Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — **An. Ost.** = Annali di Ostetrica. — **A. S.** = Annals of Surgery.

B. B. = Beiträge zur klinischen Chirurgie von Bruns. — **B. B. M.** = Bergmann, Bruns, Mikulicz 2-te Auflage и Bergmann, Bruns 3-te Auflage. — **Bd.** = Band, томъ. — **Berl. derm. Ges.** = Berliner dermatologische Gesellschaft. — **B. Geb.** = Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynäkologie. — **B. kl. W.**

= Berliner klinische Wochenschrift. — **Br.** = Britisch. — **Br. J. (of) derm.** = Britisch Journal of dermatology. — **Br. (B.) m. J.** = Britisch medical Journal.

C. = Centralblatt. — **C. (f.) A.** = Centralblatt für praktische Augenheilkunde. — **C. (f.) Chir.** = Centralblatt für Chirurgie. — **C. Derm.** = Centralblatt für Dermatologie. — **C. Gyn.** = Centralblatt für Gynäkologie. — **C. Kr. H. S.** = Centralblatt für Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. — **C. Lar.** = Centralblatt für Laryngologie. — **C. Path.** и **C. P.** = Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. — **Cor. Schw.** = Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte.

D. A. kl. M. = Deutsches Archiv für klinische Medizin. — **D. B.** = Deutschmann's Beiträge zur praktischen Augenheilkunde. — **D. D.** = Le Dentu et Delbet. Nouveau traité de chirurgie. — **Дем.** = Демонстрація, Demonstration. — **D. m. W.** = Deutsche medizinische Wochenschrift. — **Derm. C.** = Dermatologisches Centralblatt. — **Derm W.** = Dermatologische Wochenschrift. — **Derm. Z.** = Dermatologische Zeitung. — **D. R.** = Duplay et Reclus. Traité de chirurgie. 1897. — **Дисс.** = Диссертація. — **др.** = другіе, другія. — **D. Z. Chir.** = Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. — **D. Z. N.** = Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

Ed. m. J. = Edinburgh medical Journal. — **etc.** = et caetera.

F. R. = Forgue et Reclus. Курсъ хирургической терапіи. Русскій переводъ съ 2-го изданія. 1902. — **F. ur.** = Folia urologica. — **F. Z.** = Frankfurter Zeitschrift für Pathologie.

G. = Gesellschaft. — **G. A. Wien.** = K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — **Gaz. lek.** = Gazeta lekarska. — **G. Chir.** = Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — **G d. H.** и **G. hôp.** = Gazette des Hôpitaux. — **Gr. S.** = Graefe-Saemisch. Handbuch der gesammten Augenheilkunde.

I. D. = Inaugural-Dissertation. — **Int. C. B. Lar.** = Internationales Centralblatt für Laryngologie. — **ibid.** = ibidem.

J. = Journal. — **J. am.** = Journal american of medical sciences. — **J. am. obst.** = Journal american of obstetrics. — **J. B.** = Jahresbericht. — **J. B. Chir.** = Jahresbericht (Hildebrandt's) über die Fortschritte auf dem Gebiet der Chirurgie. — **J. B. Geb.** = Jahresbericht (Frommel's) für Geburtshülfe und Gynäkologie. — **J. B. Neur.** = Jahresbericht für Neurologie. — **J. B. O.** = Jahresbericht (Michel's) für Ophthalmologie. — **Jb.** = Jahrbuch. — **Jb. K.** = Jahrbuch für Kinderheilkunde. — **J. Bord.** = Journal de médecine de Bordeaux. — **J. cut. gen.** = Journal of coutaneous a. genito-urinary dieseases. — **J. nerv.** = Journal of nervous and mental diseases. — **J. of cut. dis.** = Journal of cutaneous diseases. — **J. of lar.** = Journal of laryngology and rhinology. — **J. O. O. L.** = Journal of Ophthalmology, Otology and Laryngology. N.Y. — **Johns H. H. B.** = Johns Hopkins Hospital Bulletin. — **Johns H. H. R.** = Johns Hopkins Hospital Report. — **J. pr.** = Journal des praticiens.

Kl. Jb. = Klinisches Jahrbuch. — **Kl. M.** = Klinische Monatsblätter Zehender's für Augenheilkunde. — **кн.** = книга.

L. = The Lancet. — **lar.** = laryngologie, laringologia. — **l. c.** = loco citato. — **L. O. E.** = Ergebnisse der allgemeinen Pathologie u. pathologischen Anatomie der Menschen und der Tiere. Herausgegeben von Lubarsch u. Ostertag. — **Л. Р. Х.** = Лѣтопись русской хирургіи. — **Л. Х. О. М.** = Лѣтопись хирургическаго общества въ Москвѣ.

M. B. = Mauclaire et de Bovis. Les angiomes. Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Paris. 1896. — **Med.-chir. T.** = Medico-chirurgical Transactions. — **Med. Tim. a. Gaz.** = Medical Times and Gazette. — **Mit. Gr.** = Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. — **M. f. D.** = Monatsschrift für praktische Dermatologie. — **M. f. G** = Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. — **M. f. Ohr.** = Monatsschrift für Ohrenheilkunde. — **M. f. Ps.** = Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie. — **M. Kl.** = Medizinische Klinik. — **M. m. W.** = Münchener medizinische Wochenschrift. — **М. О.** = Медицинское Обозрѣніе (Спримона).

Neur. C. = Neurologisches Centralblatt. — **N. Ic.** = Nouvelle Iconographie de la Salpetrière. — **N. M.** = Norsk Magazin for Laegevidenskaben. — **N. Y.** = New-York. — **N. Y. med. J.** = New-York medical Journal. — **N. Y. med. Rec.** = New-York medical Record.

O. G. H. = Verhandlungen der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg. — **O. Kl.** = Ophthalmologische Klinik.

p. = pagina, page, страница, Seite (приводится для обозначенія страницъ работъ только цитированныхъ авторовъ, но не настоящей работы). — **Pet. m. W.** = Petersburger medizinische Wochenschrift. — **P. G.** = Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft. — **Phil. med. a. surg. Rep.** = Philadelphia medical and surgical Report. — **Pi. B.** = Pitha—Billroth. Handbuch der Chirurgie. — **P. m.** = Presse médicale. — **Пр.** — Протоколъ. — **Pr.** = Prager. — **Pr. m. W.** = Prager medizinische Wochenschrift. — **Pr. Viert.** = Prager Vierteljahrschrift. — **P. S. L.** = Pathological Society of London.

R. chir. = Revue de chirurgie. — **Rec. d'O.** = Recueil d'Ophtalmologie. — **Rep.** = Report. — **реф.** = рефератъ. — **R. gyn.** = Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. — **R. lar.** = Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — **R. méd.** = Revue de médecine. — **R. neur.** = Revue de neurologie. — **R. S. R.** = Revue médicale de la Suisse Romande. — **Р. В.** — Русскій Врачъ. — **Р. Х. А.** = Русскій Хирургическій Архивъ.

S. = Lo Sperimentale. — **Schm. Jb.** = Schmidt's Jahrbücher für die gesammte Medizin. — **S. Fr.** = San Francisco. — **S. m.** = Semaine médicale. — **см.** = смотри, цитировано по. — **Soc. anat.** = Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — **Soc. biol.** = Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie. Paris. — **Soc. chir.** = Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris. — **Soc. Derm** = Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. — **Soc. méd.** = Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. — **стр.** = страница (приводится для обозначенія страницъ только настоящей работы).

T. = Transactions. — **t., т.** = tome, томъ. — **T. Am. O. S.** = Transactions of the American ophthalmological Society. — **Th.** = Theil, часть. — **Ther.** = Therapie der Gegenwart. — **T. O. S.** = Transactions of the ophthalmological Society of the United Kingdom. — **T. P. S. L.** = Transactions of the Pathological Society of London.

V. = Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Dritter Band. Erste Hälfte. Fünfundzwanzigste Vorlesung. 10. März 1863. Angiome. 1864/65. p. 306—496. — **Ver.** = Verein. — **V. A.** = Virchow's Archiv für pathologische Anatomie u. Physiologie. — **V. I. B.** = Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte in der gesammten Medizin von Virchow, fortgesetzt von Waldeyer u. Posner.

В. = Врачъ. — **В. Г.** = Врачебная газета. — **В. О.** = Вѣстникъ Офталмологіи.

W. kl. R. = Wiener klinische Rundschau. — **W. kl. W.** = Wiener klinische Wochenschrift — **W. m. Pr.** = Wiener medizinische Presse. — **W. m. W.** = Wiener medizinische Wochenschrift.

Z. = Zeitschrift. — **Z. Beitr.** = Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie. — **Z. f. A.** = Zeitschrift für Augenheilkunde. — **Z. f. D.** = Zeitschrift für Dermatologie. — **Z. f. exp. P.** = Zeitschrift für experimentelle Pathologie u. Pharmakologie. — **Z. f. Geb.** = Zeitschrift für Geburtshülfe. — **Z. f. H.** = Zeitschrift für Heilkunde. — **Z. f. kl. M.** = Zeitschrift für klinische Medizin. — **Z. f. Kr.** = Zeitschrift für Krebsforschung. — **Z. f. L.** = Zeitschrift für Laryngologie. — **Z. f. N.** = Zeitschrift für Nervenkrankheiten. — **Z. f. O.** = Zeitschrift für Ophthalmologie. — **Z. f. Ohr.** = Zeitschrift für Ohrenheilkunde. — **Z. f. Ur.** = Zeitschrift für Urologie.

X. = Хирургія. — **X. Л.** = Хирургическая Лѣтопись. — **X. м. (мед.) Ж.** = Харьковскій Медицинскій Журналъ.

II. Въ текстѣ третьей части и объясненія рисунковъ кромѣ того сдѣланы слѣдующія сокращенія:

А.Г.К.Н.У. = Акушерско-Гинекологическая Клиника Новороссійскаго Университета.

Г.Т.К.Н.У. = Госпитальная Терапевтическая Клиника Новороссійскаго Университета. — **Г.Х.К.Н.У.** = Госпитальная Хирургическая Клиника Новороссійскаго Университета. **Гл.К.Н.У.** = Глазная Клиника Новороссійскаго Университета. — **г.** = годъ. — **g.** = граммъ.

д. = дѣвочка. — **Д.К.Н.У.** = Діагностическая Клиника Новороссійскаго Университета.

ж. = женщина.

И.С.М.Н.У. = Институтъ Судебной Медицины Новороссійскаго Университета.

Кл. діагн. = Клиническій діагнозъ.

м. = мужчина, мальчикъ. — **m.** = метръ. — **mm.** = миллиметръ. — **μ.** = микронъ. — **микрофот.** = микрофотографическій.

Ob. = Объективъ. — **О.Б.Кр.Кр.** = Одесская Больница Краснаго Креста. — **Oc.** = Окуляръ. — **О.Г.Б.** = Одесская Городская Больница. — **О.Г.П.Гл.Л.** = Одесская Городская Павловская Глазная Лѣчебница. — **О.Н.Г.Б.** = Одесская Новая Городская Больница. — **О.С.Г.Б.** = Одесская Старая Городская Больница.

Пат.-анат. діагн. = Патолого-анатомическій діагнозъ. — **П.А.И.В.У.** = Патолого - анатомическій Институтъ Варшавскаго Университета. — **П.А.И.Н.У.** = Патолого - анатомическій Институтъ Новороссійскаго Университета. — **П.А.И.М.У.** = Патолого - анатомическій Институтъ Московскаго Университета. — **П.А.К.О.Н.Г.Б.** = Патолого-анатомическій Кабинетъ Одесской Новой Городской Больницы. — **П.А.К.О.С.Г.Б.** = Патолого-анатомическій Кабинетъ Одесской Старой Городской Больницы. — **Пр. вскр.** = Протоколъ вскрытія. — **Projectionsoc.** = Projectionsocular.

рис. = рисунокъ.

сл. = случай. — **см.** = смотри. — **cm.** = сантиметръ. — **□ cm.** = квадратный сантиметръ. — **cm³.** = кубическій сантиметръ. — **сним.** — снимокъ.

табл. = таблица.

Ф.Т.К.Н.У. = Факультетская Терапевтическая Клиника Новороссійскаго Университета. — **Ф.Х.К.Н.У.** = Факультетская Хирургическая Клиника Новороссійскаго Университета.

Часть первая.



ИСТОРИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ УЧЕНІЯ О ГЕМАНГІОМАХЪ.

ГЛАВА I.

Воззрѣнія на гемангіомы, ихъ классификація и номенклатура до середины XIX столѣтія.

Первыя указанія на сосудистыя опухоли въ медицинской литературѣ. Вліяніе развитія патолого-анатомическихъ знаній на макроскопическое изученіе этихъ опухолей. Путаница въ опредѣленіяхъ и номенклатурѣ.

Опухоли человѣческаго тѣла съ древнѣйшихъ временъ обращали на себя вниманіе какъ самихъ больныхъ, такъ и окружавшихъ ихъ лицъ. Прежде всего возбуждали интересъ тѣ опухоли, которыя или достигали большихъ размѣровъ, занимая нерѣдко цѣлыя области человѣческаго тѣла, или же носили злокачественный характеръ и быстро уносили больныхъ въ могилу.

Не могли пройти незамѣченными также и гемангіомы, бросающіяся въ глаза, благодаря своей окраскѣ.

Въ тотъ періодъ времени, когда не производились еще вскрытія умершихъ (систематическія вскрытія начали производиться не болѣе 200 лѣтъ назадъ), эти опухоли впервые были замѣчены лишь на видимыхъ частяхъ человѣческаго тѣла: на кожѣ и на нѣкоторыхъ слизистыхъ оболочкахъ. Главнымъ отличительнымъ признакомъ для этихъ опухолей являлся ихъ цвѣтъ; различали ихъ также по величинѣ и по ихъ формѣ. Не имѣя болѣе точныхъ признаковъ для распознаванія гемангіомъ, старинные изслѣдова-

тели нерѣдко смѣшивали ихъ съ другими патологическими процессами, ничего общаго съ сосудистыми новообразованіями не имѣющими, напримѣръ, съ застойной гипереміей, кровоизліяніями и т. д.

Упоминанія о сосудистыхъ опухоляхъ встрѣчаются въ древнѣйшихъ памятникахъ медицинской письменности.

Такъ, напримѣръ, въ „Айуръ-Веда" *Сузруты*, относящейся къ браминскому періоду индійской литературы (около 800 лѣтъ до Р. X.), имѣется короткое указаніе на то, что телеангіэктазіи удалялись перевязкой [1]).

Клавдій Галенъ (II вѣкъ по Р. X.) упоминаетъ о сосудистыхъ опухоляхъ въ своемъ сочиненіи: „Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων" и называетъ ихъ „аневризмами". Послѣднее названіе нерѣдко встрѣчается въ медицинской литературѣ среднихъ вѣковъ.

Въ сочиненіи византійскаго врача *Aetius*'а, относящемся къ серединѣ VI вѣка по Р. X. и трактующемъ о хирургіи этого времени, имѣется описаніе кавернозныхъ гемангіомъ, именуемыхъ въ этомъ сочиненіи „ἐριώδεις κιρσοί" [2]).

О кожныхъ сосудистыхъ опухоляхъ вкратцѣ говоритъ также *A. Paré* (1517—1590), при чемъ онъ называетъ ихъ „знаками" (seigns).

Въ XVII столѣтіи появилось первое описаніе рацемозной гемангіомы покрововъ черепа, сдѣланное *Vidus Vidius*'омъ, указавшимъ на желательность оперативнаго вмѣшательства при этомъ заболѣваніи [3]).

Однако, вслѣдствіе отсутствія сколько нибудь точныхъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій, вопросъ о томъ, что собственно представляютъ собою эти „аневризмы" и „знаки", долгое время оставался открытымъ. Отмѣчу, что до середины XVIII столѣтія появилось только очень ограниченное число работъ, посвященныхъ патологической анатоміи вообще. Лишь въ концѣ XVIII и въ началѣ XIX столѣтія отноше-

---

[1]) см. *Haeser*. 1875—1881. I. p. 30.

[2]) *Albert*. Ueber einige im Alterthume gepflegte Operationen an den Blutgefässen. Wien. med. Blätt. 1883. № 1, 3, 4, 5. см. V.J.B. 17.

[3]) *Корнманъ*. Къ леченію большихъ артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ покрововъ черепа. Хирургія. 1909. № 150.

ніе врачей къ патологической анатоміи рѣзко измѣнилось и это время по праву можно назвать періодомъ расцвѣта этой науки.

Благодаря *Dupuytren*'у (1777—1833) въ Парижѣ основана первая каѳедра патологической анатоміи, которую занялъ *Cruveilhier* (1791—1874). Такія же каѳедры и спеціальные музеи при нихъ открываются постепенно и въ другихъ медицинскихъ факультетахъ университетовъ Европы. Въ то же время начинаютъ впервые появляться систематическія руководства по патологической анатоміи: *Alibert* (1766—1837), *Baillie* (1761—1823), *Lobstein* (1777—1835) и др. Извѣстный анатомъ *Bichat* (1771—1802), положившій основу ученія о тканяхъ, ясно сознавалъ значеніе момента, когда онъ писалъ: „Il me semble que nous sommes à une époque, où l'anatomie pathologique doit prendre un nouvel essor“ [1]).

Въ концѣ же XVIII и началѣ XIX столѣтія начинаютъ появляться и болѣе обстоятельныя клиническія и патолого-анатомическія, преимущественно макроскопическія, изслѣдованія сосудистыхъ опухолей.

Такъ, *J. L. Petit* (1774) довольно точно описываетъ одну изъ разновидностей этихъ опухолей подъ названіемъ „loupes variqueuses“. Это же названіе встрѣчается въ работѣ *Abernethy* (1800). *Plenck* (1776) изучаетъ другую разновидность сосудистыхъ опухолей и даетъ ей названіе: „naevus cavernosus“. *Meckel* (1818) нѣсколько видоизмѣнилъ названіе *Plenck*'а и въ своемъ учебникѣ говоритъ о „tumor cavernosus“. Послѣднее названіе получило право гражданства преимущественно въ нѣмецкой литературѣ. Наконецъ, *Bell* (1796) для нѣкоторыхъ сосудистыхъ опухолей (для кавернозныхъ и рацемозныхъ ангіомъ) ввелъ названіе „aneurysm by anastomosis“.

Между тѣмъ, одновременно съ вышеприведенными авторами *Hunter* (1762) совершенно не различалъ отдѣльныхъ видовъ сосудистыхъ опухолей и называлъ ихъ попеременно то „aneurysma varicosum“,—то „varix aneurysmaticus“.

Попытки нѣкоторыхъ авторовъ начала и даже середи-

---

[1]) см. *Haeser*. II. p. 834.

ны XIX столѣтія намѣтить отдѣльныя группы среди сосудистыхъ опухолей и установить точную ихъ номенклатуру слѣдуетъ считать неудачными.

Такъ, напримѣръ, *Alibert* (1817) различалъ двѣ группы: „hématoncie et ecchymome". Къ первой группѣ, къ „кровянымъ опухолямъ" (τὸ αἷμα, ὁ ὄγκος), *Alibert*, повидимому, причислялъ кавернозныя формы сосудистыхъ опухолей. Ко второй группѣ, къ „подкожнымъ кровоизліяніямъ" (τὸ ἐκχύμωμα), онъ причислялъ какъ сосудистыя пятна (naevus), такъ и кровоизліянія. *Hooper* (1828) также не дѣлалъ различія между кровоизліяніями и сосудистыми опухолями и для обоихъ процессовъ употреблялъ общее названіе „гематома". Между тѣмъ еще въ 1792 г. *Franck* ясно разграничилъ сосудистыя пятна (naevus) отъ экхимозовъ.

Breschet (1826) также подробно описалъ рядъ сосудистыхъ опухолей подъ названіемъ „tumeurs sanguines d'un caractère équivoque", но точной ихъ классификаціи не далъ.

Еще бóльшую путаницу внесъ въ медицинскую литературу терминъ „fungus haematodes" (кровянистый грибъ), впервые введенный *Hey*'емъ (1803). Дѣло въ томъ, что англійскіе авторы употребляли это названіе для обозначенія злокачественныхъ опухолей (раковъ, сарковъ), французскіе же авторы распространили его и на сосудистыя опухоли. *Fine* (1820) и *Maunoir* (1820), съ цѣлью установить болѣе точную номенклатуру, предложили называть сосудистыя опухоли fungus haematodes, а остальныя—fungus medullaris, но они не нашли сторонниковъ такого подраздѣленія. Какъ долго продолжалось въ медицинской литературѣ увлеченіе названіемъ „fungus haematodes" для обозначенія сосудистыхъ опухолей, видно изъ того, что *Schuh*, предложившій для нихъ въ 1851 г. названіе „fungus vascularis", уже черезъ три года (1854) отказался отъ собственнаго названія и самъ сталъ употреблять старое.

Макроскопическое сходство строенія отдѣльныхъ сосудистыхъ опухолей со строеніемъ различныхъ органовъ тѣла породило названія, указывающія на сходство этихъ новообразованій, напримѣръ, съ селезенкой (*Bell*). Такъ, *Heusinger* (1822) называлъ кавернозныя сосудистыя опухоли: „Splenoide", а *Andral* (1829)—„rate accidentelle".

Наконецъ, *Dupuytren*, много занимавшійся изученіемъ сосудистыхъ опухолей, обратилъ вниманіе на значительное сходство между строеніемъ кавернозныхъ сосудистыхъ опухолей и строеніемъ кавернозныхъ тѣлъ полового члена, лишь незадолго до этого описанныхъ впервые *Bell*'емъ (1796). *Dupuytren* указалъ на одинаковое строеніе сосудистыхъ опухолей и кавернозныхъ тѣлъ и ввелъ (1839) для первыхъ названіе „tumeur érectile". Для рацемозныхъ же ангіомъ *Dupuytren* предложилъ названіе „varix arterialis". Отмѣчу, что оба названія удержались во французской литературѣ и до послѣдняго времени.

Насколько велика была путаница въ номенклатурѣ и въ опредѣленіи тѣхъ образованій, которыя должны быть отнесены къ сосудистымъ новообразованіямъ, можно себѣ представить, если, напримѣръ, сравнить ученіе *Rokitansky* о сосудистыхъ опухоляхъ, изложенное въ двухъ изданіяхъ его учебника патологической анатоміи. Уже въ первомъ своемъ изданіи (1846), доступномъ мнѣ только въ русскомъ переводѣ (*Мина*—1849 г.), *Rokitansky* высказался въ пользу того, что сосудистыя опухоли представляютъ собою новообразованія, при чемъ онъ различалъ: 1) пещеристыя кровяныя опухоли, 2) кровоточивый грибъ (fungus haematodes) и 3) телеангіэктазіи. Въ этомъ же изданіи онъ допускалъ возможность того, что пещеристыя кровяныя опухоли развиваются „вслѣдствіе всосанія плотной бластемы"[1]. „Бластемой" въ первой половинѣ XIX вѣка называли недифференцированное межклѣточное вещество. Указавъ на невыясненность вопроса о томъ, откуда въ сообщающихся между собою полостяхъ пещеристыхъ ангіомъ берется кровь, *Rokitansky* высказалъ, однако, предположеніе, что кровь образуется первично въ полостяхъ, которыя лишь впослѣдствіи получаютъ сообщеніе съ сосудистой системой. Отмѣчу, что такого же взгляда относительно происхожденія крови въ полостяхъ этихъ опухолей придерживались одновременно съ *Rokitansky* и многіе другіе авторы, между прочимъ и *Luschka* (1854). Упомяну также, что еще въ 1854 г., т. е. 8 лѣтъ послѣ появле-

---

[1]) Перев. *Мина*. стр. 351.

нія учебника *Rokitansky*, *Esmarch* руководится такой же точно классификаціей сосудистыхъ опухолей, какая приведена *Rokitansky* въ первомъ изданіи его книги.

Въ третьемъ изданіи своего учебника патологической анатоміи (1855) въ числѣ сосудистыхъ опухолей *Rokitansky* уже совсѣмъ не упоминаетъ о „кровоточивомъ грибѣ". Онъ различаетъ слѣдующіе три вида сосудистыхъ опухолей. 1) Телеангіэктазіи, которыя состоятъ изъ расширенныхъ, а также изъ новообразованныхъ капилляровъ. 2) Дольчатыя опухоли, каждая долька которыхъ состоитъ изъ скопленія сосудистыхъ трубочекъ. „Die Läppchen", говоритъ *Rokitansky*, „sind Aggregate von blutführenden, verästigten, blindkolbig endigenden Schläuchen..." [1]). Этотъ видъ сосудистыхъ опухолей, по мнѣнію *Rokitansky*, представляетъ собой новообразованіе и встрѣчается чаще всего въ подкожной жировой клѣтчаткѣ у дѣтей. Хотя самъ авторъ не даетъ названія этой опухоли, но изъ описанія и приложеннаго къ тексту рисунка ясно, что онъ имѣлъ въ виду, такъ называемую, простую ангіому (angioma simplex), состоящую исключительно изъ новообразованныхъ капилляровъ и сосудовъ, близко стоящихъ къ мельчайшимъ артеріямъ. 3) Кавернозныя кровяныя опухоли („cavernöse Blutgeschwulst") представляютъ собой, по *Rokitansky*, новообразованія, но совершенно отличныя отъ сосудистыхъ опухолей. „Ein von den Gefässtumoren völlig verschiedenes Gebilde..." пишетъ этотъ авторъ [2]). *Rokitansky* предполагаетъ, что главной составною частью такихъ сосудистыхъ опухолей является строма. „Sie sind", говоритъ онъ, „Maschenwerke mit rundlichen oder hautartigen Balken (Fachwerke)..." [3]). Въ маленькихъ опухоляхъ полости, заключающіяся въ стромѣ, представляются, по описанію *Rokitansky*, пустыми. Лишь послѣ прорастанія стѣнки вены межуточною тканью опухоли („Wucherung des Maschenwerkes in das Lumen des Blutgefässes herein") [4]) происходитъ сообщеніе про-

---

[1]) *Rokitansky*. Lehrbuch. III Auflage. p. 204.

[2]) ibidem. p. 205.

[3]) ibidem. p. 205.

[4]) ibidem. p. 206.

свѣта вены съ полостями опухоли и наполненіе послѣднихъ венозною кровью.

Интересно отмѣтить, что *Rokitansky* какъ въ первомъ, такъ и въ третьемъ изданіи своего учебника придерживался того мнѣнія, нынѣ уже никѣмъ не раздѣляемаго, что кавернозныя сосудистыя опухоли по строенію стромы имѣютъ чрезвычайно много сходнаго съ раковыми опухолями. „Die cavernöse Blutgeschwulst“, говоритъ *Rokitansky*, „ist mit den Maschen—und Fachwerken, welche die Krebsgerüste constituiren, völlig identisch, und bietet demgemäss mit den Carcinomen mancherlei Analogien dar, d. i. sie kömmt mit diesen in allen Dem überein, was sich auf das Gerüste bezicht“ [1]).

Изъ изложеннаго видно, что всѣ вышеприведенные авторы выводили свои заключенія главнымъ образомъ на основаніи внѣшнихъ, макроскопическихъ признаковъ гемангіомъ. Однако, результатомъ макроскопическихъ изслѣдованій гемангіомъ явились лишь крайне неопредѣленныя и неточныя данныя. Этимъ объясняется, напримѣръ, та множественность и случайность номенклатуры, которая создавалась въ это время для сосудистыхъ опухолей.

Только болѣе широкое пользованіе новымъ методомъ изслѣдованія — микроскопическимъ — дало возможность поставить на твердое основаніе какъ патологическую анатомію вообще, такъ и ученіе о гемангіомахъ въ частности.

Литература. II стол. по Р. X. **Claudius Galenus.** Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων (De tumoribus praeter naturam). см. Wolf.—XVI стол. **A. Paré.** см. M.B., Mathez, Constantinoff и др. — 1747—1832. **A. Scarpa** см. V. 1762. — **W. Hunter.** Med. observ. см. Wolf. p. 5. — 1774. **J. L. Petit.** Oeuvres posthumes. см. Quénu, Mathez и др — 1776. **Pienck.** Doctrina de morbis cutaneis. см. V. p. 311. — 1792. **Franck.** De curandis hom. morbis. см. V. p. 308. — 1793. **Baillie.** The morbid human anatomy etc. см. Haeser. II. p. 879. — 1795. **J. Bell.** The principles of surgery. см. Quénu, Michaux, Wolf. p. 5 и др. — 1800. **Abernethy.** Surg. observ. on tumors. см. M.B. p. 6, Constantinoff. p. 9 и др. — 1800. **Bichat.** Traité des membranes etc. см. Haeser. II. p. 828. — 1801. **Bichat.** Anatomie générale etc. см. ibid.—1803 **Hey.** Practic. observ. on surgery. см. V. II. p. 124 и III. p. 311.—1817. **Ali-**

---

[1]) ibidem. p. 208.

bert. Nosologie naturelle. см. V. p. 307, Constantinoff и др.—1818. **J. F. Meckel.** Handb. d. path. Anat. см. V. p. 318 и др. — 1818. **Wardrop.** Med.-chir. transact. см. M.B., Constantinoff. p. 13 и 15 и др.—1820. **Maunoir.** Mémoire sur les fongus médullaire et hématode. см. V. p. 311. — 1820. **Fine.** см. ibid.— 1822. **Heusinger.** System der Histologie. см. V. p. 318 и др.—1826. **Breschet.** Répert. gen. d'anat. etc. см. V. p. 308, Constantinoff и др.—1828. **Hooper.** The morbid anatomy etc. см. V. p. 307. — 1829. **Lobstein.** Traité d'anatomie pathologique. см. Haeser. II. p. 881. — 1829. **Andral.** Précis d'anatomie pathol. см. V. p. 318, M.B. p. 20 и др.—1839. **Dupuytren.** Leçons orales. V. см. Constantinoff. p. 10, Wolf. p. 6, Schück. p. 7 и др.—1849. **Рокитанскій.** Руководство къ патологической анатоміи. Переводъ **Мина** съ перваго нѣмецкаго изданія. Москва.—1851. **Schuh.** Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen. см. V. p. 311. — 1854. **Schuh.** Pathol. u. Ther. der Pseudoplasmen. см. V. p. 312. — 1854. **Esmarch.** Ueber cavernöse Blutgeschwülste. V. A. VI. p. 34—59. — 1854. **Luschka.** Cavernöse Blutgeschwulst des Gehirnes. V.A. VI. p. 458—470. — 1855—1861. **Rokitansky.** Lehrbuch der pathol. Anatomie. I—III. Dritte umgearbeitete Auflage. Wien. — 1863—1865. **Virchow.** Die krankhaften Geschwülste. I—III. — 1875—1881. **Haeser** Lehrbuch der Geschichte der Medizin. I. II.

ГЛАВА II.

Патолого-анатомическія изслѣдованія гемангіомъ въ началѣ второй половины XIX столѣтія. Изслѣдованія Virchow'a.

Введеніе микроскопа при научныхъ изслѣдованіяхъ. Открытіе капилляровъ и клѣточнаго строенія здоровыхъ и больныхъ тканей. Различныя классификаціи гемангіомъ, предложенныя современниками *Virchow*'a. Изслѣдованія *Virchow*'a. Опредѣленіе, номенклатура и дѣленіе сосудистыхъ опухолей. Кавернозныя, простыя и рацемозныя гемангіомы.

Научное изученіе гемангіомъ стало возможнымъ лишь съ того времени, когда, благодаря изобрѣтенію микроскопа и различнымъ его усовершенствованіямъ, стали производиться гистологическія изслѣдованія нормальныхъ и патологически измѣненныхъ органовъ и тканей.

Изготовленіе спеціальныхъ увеличительныхъ стеколъ было извѣстно уже въ глубокой древности, напримѣръ, въ Ниниввіи[1]). Пользованіе же спеціальными увеличительными приборами для научныхъ изслѣдованій введено лишь въ XVII столѣтіи, благодаря трудамъ цѣлаго ряда врачей и оптиковъ, среди которыхъ прежде всего нужно назвать *Leeuwenhoek'a* (1632—1729) и *Malpighi* (1628—1694).

---

1) см. *Haeser*. 1875—1881, II. p. 278.

Leeuwenhoek значительно усовершенствовалъ употреблявшіеся до него увеличительные инструменты и для собственныхъ изслѣдованій пользовался имъ же построенными микроскопами, при помощи которыхъ онъ достигалъ увеличенія до 270 разъ. Остальные ученые его времени, въ томъ числѣ и *Malpighi*, пользовались значительно болѣе слабыми микроскопами. Тѣмъ не менѣе первому *Malpighi* удалось въ 1661 г. увидѣть кровеносные капилляры и кровообращеніе въ нихъ. Черезъ четыре года послѣ этого (1665) тотъ же *Malpighi* первый описалъ красные кровяные шарики. *Leeuwenhoek*'у же принадлежитъ заслуга обстоятельнаго изученія строенія артеріальныхъ, венозныхъ и капиллярныхъ сосудовъ.

Такимъ образомъ, о существованіи капилляровъ стало извѣстнымъ только въ концѣ XVII столѣтія [1]).

Въ XVIII столѣтіи появилось лишь малое количество работъ по микроскопіи. Это объясняется тѣмъ, что за этотъ періодъ времени не было сдѣлано никакихъ существенныхъ усовершенствованій въ оптическомъ аппаратѣ микроскопа. Отмѣчу также, что многіе выдающіеся въ то время врачи не признавали даже существенной пользы микроскопическихъ работъ, и самъ, напримѣръ, *Bichat* (1800) писалъ, что микроскопическія изслѣдованія при научныхъ изысканіяхъ излишни [2]).

Однако, съ введеніемъ улучшеній въ устройствѣ микроскоповъ и въ связи съ усовершенствованіями въ микроскопической техникѣ въ началѣ XIX столѣтія отмѣчается усиленіе интереса къ работамъ по микроскопической анатоміи какъ нормальной, такъ и патологической. Результаты этихъ работъ не заставили себя ждать. *Schleich* (1838), благодаря микроскопу, могъ доказать, что растенія состоятъ изъ клѣтокъ. Черезъ годъ послѣ этого (1839) *Schwann* дополнилъ открытіе *Schleich*'а ученіемъ, что ткани животныхъ также состоятъ изъ клѣтокъ [3]). Тогда же (1838) *Joh. Müller*, учитель

---

[1]) см. *Haeser*. 1875—1881. II. p. 311.

[2]) см. *Haeser*. 1875—1881. II. p. 831.

[3]) Открытіе животной клѣтки *Schwann*'омъ относится, по *Hyrtl*'ю, къ 1830 году.

Schwann'а, впервые указалъ на аналогію клѣтокъ, составляющихъ опухоли, съ остальными клѣтками организма. Эти открытія, нанесшія сильнѣйшій ударъ господствовавшей въ то время въ медицинѣ гуморальной патологіи и связанному съ ней ученію о кразахъ, вызвали еще большій интересъ къ микроскопическимъ изслѣдованіямъ: появились гистологическія изслѣдованія различныхъ органовъ и тканей какъ здороваго, такъ и больного организма. Стали также появляться въ печати работы по микроскопическому строенію опухолей, въ томъ числѣ и сосудистыхъ новообразованій.

Первую классификацію, основанную на микроскопическомъ строеніи сосудовъ, входящихъ въ составъ сосудистыхъ опухолей, далъ *Roux* (1844). Онъ различалъ опухоли артеріальнаго, венознаго и капиллярнаго характера. Каждую изъ первыхъ двухъ группъ *Roux* подраздѣлилъ еще на двѣ подгруппы. Къ первой онъ причислилъ опухоли, состоявшія изъ крупныхъ артерій или венъ, ко второй — опухоли изъ мелкихъ сосудовъ.

Gerdy (1852) выдѣлилъ уже семь слѣдующихъ разновидностей сосудистыхъ опухолей:

1) Tumeurs vaso-capillaires mixtes;
2) Tumeurs artério-capillaires;
3) Les mêmes avec dilatation des artères afférentes;
4) Artério-criblure;
5) Tumeurs veino-capillaires;
6) Les mêmes avec dilatation des veines qui en partent;
7) Veino-criblure.

Follin (1861) отличалъ только три разновидности гемангіомъ: артеріальную, венозную и капиллярную. Этотъ же авторъ, признавая новообразовательный характеръ этихъ опухолей, называлъ ихъ „*angionoma*", названіе, встрѣчающееся также и у *Bennet*'а (1858).

Еще менѣе сложнымъ является дѣленіе *Broca* (1869), который признавалъ лишь артеріальныя и венозныя сосудистыя опухоли. Отмѣчу также, что, по мнѣнію *Cruveilhier* (1856), всѣ „tumeurs érectiles" происходятъ изъ капилляровъ, а всѣ „tumeurs caverneuses" развиваются изъ венъ.

Приблизительно во время появленія работъ выше приведенныхъ авторовъ, *Virchow* опубликовалъ рядъ изслѣдо-

нiй объ опухоляхъ. Эти изслѣдованiя и послужили основанiемъ для его классическаго сочиненiя „Die krankhaften Geschwülste“. Въ первой половинѣ третьей части этой книги помѣщена двадцать пятая лекцiя, помѣченная 10 марта 1863 года и посвященная „ангiомамъ“. Самое названiе: „*ангiома*“ для обозначенiя сосудистыхъ опухолей впервые введено *Virchow*'ымъ. Точно также является новымъ и то опредѣленiе, которое дано *Virchow*'ымъ ангiомамъ. По его опредѣленiю, ангiомы представляютъ собой опухоли, состоящiя главнымъ образомъ изъ новообразованныхъ сосудовъ, или изъ сосудовъ съ новообразованными элементами въ ихъ стѣнкѣ. „Im Allgemeinen“, говоритъ *Virchow*, „kann man sagen, dass zu den Geschwülsten im engeren Sinne des Wortes, wenigstens zu den Gewächsen, von denen wir hier handeln, nur diejenigen Formen gerechnet werden dürfen, welche wesentlich aus *neugebildeten Gefässen oder aus Gefässen mit neugebildeten Elementen in der Wand* bestehen“ [1]). Сдѣлавъ такое опредѣленiе гемангiомамъ, *Virchow* тутъ же оговаривается, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ его опредѣленiе является недостаточнымъ, такъ какъ иногда невозможно установить, имѣется ли новообразованiе или простое расширенiе сосудовъ. „Es giebt endlich“, говоритъ *Virchow*, „gewisse Zustände, wo es in der That kaum zu sagen ist, ob man das Ding in die Kategorie der eigentlichen Geschwulstbildung rechnen soll oder nicht, ja wo eine Grenze überhaupt nicht mehr zu ziehen ist“ [2]).

Virchow первый далъ подробную классификацiю ангiомъ, сохранившую свое значенiе и до настоящаго времени. Во-первыхъ, онъ исключилъ изъ числа гемангiомъ *лимфангiомы* и *ложныя ангiомы*. Во-вторыхъ, онъ установилъ дѣленiе *истинныхъ ангiомъ* на три большiя группы: на кавернозныя, простыя и рацемозныя. Каждой изъ этихъ группъ *Virchow* посвящаетъ обстоятельное описанiе, при чемъ приводитъ мнѣнiя авторовъ, а также цѣлый рядъ интересныхъ случаевъ гемангiомъ какъ изъ литературы, такъ и изъ собственныхъ наблюденiй.

---

1) *Virchow*. Die krankhaften Geschwülste. III, p. 308. Курсивъ автора.

2) *V*. p. 308—309.

Начинаетъ *Virchow* свое описаніе съ ***кавернозныхъ ангіомъ*** и попутно указываетъ на существовавшую въ то время страшную путаницу въ терминологіи сосудистыхъ опухолей. „Leider“, пишетъ *Virchow*, „erschwert die Ungenauigkeit der Terminologie die Benutzung der Literatur für die Darstellung des cavernösen Angioms in hohem Grade. Sehr viele Schriftsteller haben alle Varietäten des Angioms bald unter dem Namen der erectilen Geschwulst, bald unter dem der Naevi oder irgend einer Art von varicösen oder aneurysmatischen Geschwülsten zusammengeworfen“ [1]).

По *Virchow*'у, кавернозная ангіома является образованіемъ, развивающимся главнымъ образомъ на мѣстѣ капилляровъ. „...es ist“, пишетъ *Virchow*, „*eine Bildung, welche wesentlich an die Stelle des Capillarapparates tritt*“ [2]). Эти кавернозныя ангіомы онъ называетъ простыми („einfache cavernöse Geschwulst“). Смотря по тому, принимаютъ ли участіе въ построеніи опухоли приводящіе или же отводящіе сосуды, онъ также различаетъ „артеріальную кавернозную опухоль“ и „венозную кавернозную опухоль“. Кромѣ того, на основаніи наличности капсулы у опухоли или же ея отсутствія, *Virchow* различаетъ двѣ основныя формы кавернозныхъ ангіомъ: ограниченную или откапсулированную ангіому (Angioma cavernosum circumscriptum s. incapsulatum) и диффузную (A. cavernosum diffusum). По наблюденіямъ *Virchow*'а кавернозныя гемангіомы по происхожденію могутъ быть врожденными или пріобрѣтенными. Врожденныя гемангіомы болѣе рѣдки. Чаще эти опухоли развиваются послѣ рожденія, но и тутъ *Virchow* допускаетъ врожденную ихъ закладку („*die Anlage dazu kann congenital sein*“) [3]). Попутно онъ касается вопроса о наслѣдственности гемангіомъ, при чемъ допускаетъ возможность передачи ихъ по наслѣдству. Пріобрѣтенныя кавернозныя гемангіомы *Virchow* считаетъ во многихъ случаяхъ травматическаго происхожденія; въ нѣкоторыхъ, однако, случаяхъ причина ихъ развитія остается невыясненной.

---

[1]) V. p. 330.

[2]) V. p. 330. Курсивъ автора.

[3]) V. p. 339. Курсивъ автора.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи *Virchow* классифицируетъ кавернозныя ангіомы на основаніи ихъ локализаціи. Онъ различаетъ: наружныя или периферическія и внутреннія ангіомы.

Наружныя ангіомы онъ дѣлитъ на поверхностныя, главнымъ образомъ кожныя, и глубокія ангіомы.

Поверхностныя ангіомы, по *Virchow*'у, встрѣчаются въ любомъ мѣстѣ поверхности человѣческаго тѣла. Наиболѣе часто онѣ наблюдаются на головѣ и на прилежащихъ къ ней частяхъ шеи. *Virchow* первый указалъ на особенно частое нахожденіе ангіомъ на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ въ зародышевой жизни расположены жаберныя щели. Такія ангіомы, фиссуральныя по его терминологіи, занимаютъ обыкновенно строго опредѣленныя области головы и шеи: уши, губы, вѣки, щеки, а также носо-щечную, подчелюстную и позади-ушную область. Къ не-фиссуральнымъ *Virchow* относитъ поверхностныя ангіомы черепной части головы, особенно волосистой ея части, затѣмъ ангіомы туловища и конечностей.

Между глубокими ангіомами *Virchow* различаетъ слѣдующія: подкожныя, мышечныя, ангіомы железъ и костей.

Подкожныя ангіомы онъ дѣлитъ на „липогенныя“ (lipogene) и на „флебогенныя“ (phlebogene). Первыя располагаются обычно диффузно въ подкожной жировой клѣтчаткѣ, замѣщая ея дольки, и наблюдаются преимущественно въ области головы и туловища и рѣже конечностей. Онѣ встрѣчаются наиболѣе часто. „Sie stellen“, говоритъ *Virchow*, „vielleicht die gewöhnlichste Form der cavernösen Angiome der äusseren Theile dar“ [1]). Другія, флебогенныя ангіомы, подробно описанныя *Esmarch*'омъ, обыкновенно окружены плотной соединительнотканной капсулой и располагаются около венозныхъ сосудовъ конечностей, преимущественно верхнихъ. По локализаціи *Virchow* различаетъ подкожныя ангіомы щекъ, орбиты, шеи, конечностей и туловища. Послѣднія наблюдаются въ слѣдующихъ областяхъ туловища: въ подмышечной, лопаточной, грудной, сѣдалищной, въ области живота и поясницы.

---

1) V. p. 356.

По мнѣнію *Virchow*'а, кавернозныя ангіомы мышцъ, железъ (gl. parotis, mamma) и костей несомнѣнно наблюдаются, но являются рѣдкими находками.

Внутреннія ангіомы *Virchow* разбираетъ по органамъ, въ которыхъ онѣ встрѣчаются. Наиболѣе часто наблюдаются и наиболѣе подробно имъ изслѣдованы кавернозныя ангіомы печени. Кромѣ того онъ приводитъ изъ литературы случаи кавернозныхъ ангіомъ почекъ, селезенки, матки, кишечника, полости рта (epulis, ranula, ангіомы языка и мягкаго неба), antrum Highmori, глазъ и органовъ груди.

Строеніе кавернозной ангіомы, по описанію *Virchow*'а, имѣетъ сходство съ строеніемъ губки, наполненной кровью. Опухоль состоитъ изъ соединительнотканныхъ балокъ, которыя выстланы плоскими, чаще „веретенообразными эпителіальными" клѣтками. Эти балки окаймляютъ полости различной величины и формы, наполненныя кровью. Въ соединительной ткани стромы опухоли могутъ встрѣчаться: эластическія волокна, гладкія мышечныя волокна, сосуды, большею частью капиллярнаго типа (vasa vasorum по *Virchow*'у), и нервы. Въ зависимости отъ локализаціи кавернозныхъ ангіомъ въ ихъ толщѣ иногда встрѣчаются или остатки желчныхъ протоковъ и печеночныхъ клѣтокъ, или же остатки мышечныхъ пучковъ.

Что касается вопроса о гистогенезѣ кавернозныхъ ангіомъ, а также вопроса о кровообращеніи въ нихъ, то *Virchow*'у, при разрѣшеніи этихъ вопросовъ, пришлось вести долгую борьбу съ цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, особенно съ *Rokitansky*, съ *Luschka* и съ *Schuh*. По мнѣнію названныхъ авторовъ, сперва происходитъ развитіе самостоятельныхъ полостей, затѣмъ въ нихъ самостоятельно же происходитъ образованіе крови и, наконецъ, еще позже, полости, наполненныя кровью, получаютъ сообщеніе съ сосудистой системой, именно съ венами. Въ III-емъ изданіи (1855) своего учебника, какъ уже указано было выше (стр. 7 и 8), *Rokitansky* приводитъ также и другое объясненіе. Онъ предполагаетъ, что полости кавернозной ангіомы приходятъ въ сообщеніе съ просвѣтомъ вены и изъ послѣдней наполняются кровью. По мнѣнію *Virchow*'а, кавернозная ангіома представляетъ собой новообразованіе („eine Neubildung").

Полости этого новообразованія образуются не какъ таковыя, а являются слѣдствіемъ постепеннаго расширенія сосудовъ какъ „старыхъ, нормальныхъ", такъ и „новообразованныхъ, патологическихъ". Поэтому *Virchow* въ патогенезѣ кавернозныхъ ангіомъ различаетъ два стадія: стадій образованія сосудовъ и стадій ихъ расширенія („ein Stadium der Gefässbildung", пишетъ *Virchow*, „und ein Stadium der Erweiterung der Gefässe und ihrer Umbildung zu Hohlräumen")[1]). Новообразованіе патологическихъ сосудовъ, по *Virchow*'у, происходитъ изъ клѣточныхъ тяжей, получающихся путемъ разрастанія отдѣльныхъ клѣтокъ. „In pathologischen Fällen", пишетъ *Virchow*, „entstehen die Gefässe überwiegend nicht aus einfachen Zellen, sondern aus Zellenzapfen (Cylindern) welche aus der Wucherung einzelner Zellen hervorgehen"[2]). Ростъ же кавернозной опухоли объясняется существованіемъ въ ея окружности постояннаго раздраженія („in ihrem Umfange", говоритъ *Virchow*, „tritt eine fortschreitende Reizung ein")[3]), которое и вызываетъ здѣсь развитіе грануляціонной ткани съ образованіемъ новыхъ сосудовъ. Эти сосуды постепенно становятся извилистыми и расширяются, а соединительная ткань между ними, благодаря атрофіи, исчезаетъ; въ дальнѣйшемъ между сосѣдними сосудами получаются общія стѣнки, которыя потомъ прорываются. По словамъ *Virchow*'а, кромѣ эктазіи всегда наблюдается гиперплазія стѣнокъ отдѣльныхъ сосудовъ, находящихся какъ внутри опухоли, такъ и внѣ ея. Иногда такая гипертрофія сосудовъ отмѣчается на значительномъ протяженіи отъ опухоли Относительно вопроса о кровообращеніи въ кавернозныхъ ангіомахъ *Virchow* даетъ совершенно точныя указанія: артеріи приносятъ кровь, которая проходитъ черезъ полости опухоли, а затѣмъ попадаетъ въ вены. Также совершенно опредѣленно *Virchow* указалъ, что кровь въ кавернозныхъ полостяхъ ничѣмъ не отличается отъ крови въ сосудахъ, что она состоитъ изъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ обычнаго вида и, на-

---

1) V. p. 333.

2) V. p. 333.

3) V. p. 335.

конецъ, что при ея свертываніи образуются такіе же флеболиты, какіе наблюдаются и въ венахъ.

Что касается дальнѣйшей судьбы кавернозныхъ ангіомъ, то *Virchow* прежде всего указываетъ на частыя кровотеченія изъ нихъ, а также на эррозіи и изъязвленія ихъ поверхности. Иногда наблюдается, по его словамъ, самопроизвольная атрофія опухоли и ея запустѣніе. Чаще происходитъ фиброзное перерожденіе опухоли, наступающее благодаря разрастанію соединительной ткани. Исходнымъ пунктомъ соединительнотканнаго разрастанія является, по *Virchow*'у, межуточная ткань перекладинъ опухоли. Новообразованная соединительная ткань сморщивается, полости уменьшаются и вмѣсто опухоли получается рубецъ. Такой исходъ часто наблюдается въ результатѣ бывшаго воспалительнаго процесса, иногда же и самопроизвольно. Рѣдкимъ явленіемъ, по словамъ *Virchow*'а, слѣдуетъ считать переходъ кавернозныхъ ангіомъ въ кисты и исключительно рѣдкимъ— ихъ злокачественное перерожденіе.

Въ заключеніе своего описанія кавернозныхъ ангіомъ *Virchow* подробно перечисляетъ различные терапевтическіе методы, которые рекомендовались въ то время противъ ангіомъ.

Значительно менѣе яснымъ является описаніе *Virchow*'а ***простыхъ ангіомъ*** (angioma simplex), которыя еще въ 1818 году были названы *Gräfe* телеангіэктазіями. (Teleangiectasis: τὸ τέλος — конецъ, τὸ ἀγγεῖον — сосудъ, ἡ ἔκτασις — удлиненіе, расширеніе). *Virchow* причисляетъ къ простымъ ангіомамъ слѣдующія сосудистыя образованія: a) сосудистыя родимыя пятна (naevus maternus vasculosus), b) angioma capillare hyperplasticum, c) angioma venosum s. varicosum, d) angioma anale s. tuberculum haemorrhoidale и e) ангіомы мозга.

По мнѣнію *Virchow*'а, въ простыхъ ангіомахъ, какъ и въ кавернозныхъ, происходитъ также новообразованіе и размноженіе сосудовъ или же размноженіе только гистологическихъ элементовъ ихъ стѣнокъ. Простыя ангіомы состоятъ изъ капилляровъ и прекапиллярныхъ сосудовъ, преимущественно венознаго характера (angioma venosum). По локализаціи и происхожденію онѣ имѣютъ сходство съ ка-

вернозными ангіомами. Къ сосудистымъ родимымъ пятнамъ (naevi, naevi materni, naevi vasculosi, naevi telangiectodes) относятся, по *Virchow*'у какъ дѣйствительно врожденныя пятна (naevi uterini s. in utero contracti, notae genitivae), такъ и такія, которыя появляются уже послѣ рожденія, а иногда лишь въ старости (naevi tardivi). Для удобства изложенія, добавляетъ *Virchow*, полезно раздѣлить эти двѣ формы, несмотря на то, что анатомическаго различія между ними нѣтъ. „Ein durchgreifendes anatomisches Unterscheidungsmerkmal", говоритъ *Virchow*, „ist zwischen ihnen bis jetzt nicht bekannt" [1]).

Изъ группы только что указанныхъ родимыхъ пятенъ *Virchow* выдѣляетъ особый видъ подкожныхъ пятенъ (naevus subcutaneus). Послѣднія распадаются еще на два подвида: naevus telangiectodes simplex и naevus telangiectodes lipomatodes. Послѣдній подвидъ отличается гиперплазіей жировой ткани. Оба подвида имѣютъ дольчатое строеніе и ихъ смѣшивали съ гиперплазированными потовыми железами. Сосуды въ naevus subcutaneus представляются извилистыми и съ утолщенными стѣнками. Такіе сосуды *Virchow* назвалъ гипертрофическими („вѣрнѣе гиперпластическими") капиллярами, а опухоли, состоящія преимущественно изъ такихъ сосудовъ— angioma simplex hyperplasticum. Такія же гиперпластическія простыя ангіомы встрѣчаются и среди кожныхъ ангіомъ.

Третій подвидъ простыхъ ангіомъ, по *Virchow*'у, представляютъ собой варикозныя (венозныя) формы. Къ нимъ онъ причисляетъ очень распространенныя телеангіэктазіи, состоящія изъ расширенныхъ мельчайшихъ венъ. „Die Erweiterung", говоритъ *Virchow*, „betrifft hauptsächlich die Wurzeln der Venen, während die Capillaren dabei wenig interessirt sind" [2]). Большинство „поздно" образующихся ангіомъ (naevi tardivi), по *Virchow*'у, также принадлежитъ къ венозной формѣ. Онѣ развиваются изъ одиночныхъ эктазій мельчайшихъ венъ (varices capillaires по *Cruveilhier*) и отличаются отъ эктазій лишь прогрессивнымъ характеромъ роста.

---

1) V. p. 406.

2) V. p. 415.

Послѣдніе два подвида простыхъ ангіомъ, описанные *Virchow*'ымъ, расположены во внутреннихъ частяхъ организма.

Къ первому подвиду *Virchow* относитъ геморроидальныя шишки. Приведя мнѣніе *Walaeus*'а, по которому „haemorrhoides nihil aliud sunt, quam varices venarum ani", *Virchow* причисляетъ ихъ къ варикозной формѣ ангіомъ. Отъ кавернозныхъ ангіомъ, по мнѣнію *Virchow*'а, геморроидальныя шишки отличаются тѣмъ, что рядомъ расположенныя сосудистыя полости не сообщаются непосредственно между собою. Главною причиною возникновенія геморроидальныхъ шишекъ *Virchow* считаетъ механическое раздраженіе слизистой оболочки задняго прохода задержанными каловыми массами. Значительно меньшій интересъ представляютъ, по *Virchow*'у, расширенія цѣлаго ряда венозныхъ сплетеній (plexus vesicalis, prostaticus, vaginalis, uterinus, pampiniformis, spermaticus), которыя нѣкоторые авторы описывали также подъ названіемъ „haemorrhoides". Такія же образованія были, по *Virchow*'у, описаны въ области рта, носа и глазъ. Самъ *Virchow*, однако, никогда не наблюдалъ въ этихъ мѣстахъ флебэктазій, подобныхъ геморроидальнымъ шишкамъ, и указываетъ на необходимость новыхъ и точныхъ наблюденій.

Ко второму подвиду *Virchow* относитъ простыя ангіомы центральной нервной системы. Подъ этимъ названіемъ онъ описываетъ эктазіи капилляровъ или мелкихъ венъ въ головномъ и спинномъ мозгу, въ оболочкахъ мозга и въ plexus chorioideus.

Очень подробно *Virchow* разбираетъ вопросъ о ***„рацемозныхъ ангіомахъ"***. По его мнѣнію, во многихъ изъ этихъ образованій, состоящихъ изъ расширенныхъ большихъ сосудовъ („Arteriectasien u. Phlebectasien"), новообразовательный характеръ почти отсутствуетъ. Главнымъ отличіемъ отъ остальныхъ ангіомъ является то, что капилляры или совсѣмъ не участвуютъ въ процессѣ, или же лишь вторично вовлекаются въ него. Несмотря на это, *Virchow* самъ говоритъ, что отличить простыя расширенія сосудовъ отъ ангіомъ подчасъ является невозможнымъ: „Auch lässt sich eine wirkliche Grenze zwischen ihnen und den Angiomen nicht ziehen" [1]). *Virchow*

---

[1]) V. p. 471.

первый исключаетъ изъ числа рацемозныхъ гемангіомъ травматическія аневризмы — опухоли, получающіяся вслѣдствіе непосредственнаго сообщенія между артеріей и веной и являющіяся обычно послѣ раненій или ушибовъ. Самъ *Virchow* предлагаетъ для такихъ опухолей названіе „aneurysma spurium arterio-venosum“.

Онъ различаетъ два вида рацемозныхъ ангіомъ: angioma racemosum arteriale и angioma racemosum venosum.

Angioma racemosum arteriale представляетъ собой расширеніе и удлиненіе одной какой-нибудь артеріи вмѣстѣ со всѣми ея вѣтвями. Въ результатѣ этого происходитъ атрофія межуточной ткани и появленіе участка, состоящаго почти исключительно изъ извитыхъ, переплетающихся и расширенныхъ артерій. При этомъ, по *Virchow*'у, всегда наблюдается активный ростъ, выражающійся первичнымъ утолщеніемъ стѣнокъ артерій. Одни изъ приведенныхъ *Virchow*'ымъ изъ литературы случаевъ врожденнаго происхожденія, другіе же — пріобрѣтеннаго (преимущественно травматическаго). Артеріальныя рацемозныя ангіомы чаще всего встрѣчаются въ области головы и конечностей. При долгомъ существованіи такихъ ангіомъ наблюдается расширеніе и венъ.

Такимъ же заболѣваніемъ, какъ и angioma racemosum arteriale, является, по *Virchow*'у, и angioma racemosum venosum съ тою разницей, что въ послѣднемъ случаѣ пораженными являются не артеріи, а вены. Чаще такія венозныя рацемозныя ангіомы встрѣчаются въ области нижнихъ конечностей и половыхъ губъ или же въ развитіи этихъ опухолей принимаютъ участіе сосуды яичка (varicocele), а также plexus pampiniformis (varicocele feminina). Кромѣ того *Virchow* приводитъ случаи этихъ образованій съ ихъ локализаціей въ области головы, верхнихъ конечностей и въ мышцахъ. Онъ сознается, что природа этихъ „varix racemosus“ еще недостаточно изучена: „Die Untersuchungen“, пишетъ *Virchow*, „über die Natur des Varix racemosus sind keineswegs so genau, wie es wünschenswerth wäre“ [1]).

---

[1]) V. p 485.

Я подробно остановился на работѣ *Virchow*'а, имѣя въ виду то громадное вліяніе, которое она оказала на всѣ послѣдующія, особенно нѣмецкія, изслѣдованія о гемангіомахъ. Предложенная имъ классификація въ общихъ чертахъ сохранилась до самаго послѣдняго времени.

Наиболѣе подробно разработанъ *Virchow*'ымъ отдѣлъ о кавернозныхъ ангіомахъ. Этотъ отдѣлъ во многомъ сохранилъ свою цѣнность и до настоящаго времени.

Менѣе удачной слѣдуетъ считать разработку вопроса о сущности простыхъ ангіомъ, къ которымъ *Virchow* причисляетъ также венозныя ангіомы, а въ числѣ послѣднихъ и геморроидальныя шишки. Въ послѣдующее время большинство авторовъ, за немногими исключеніями (*Reinbach*, *Gunkel* и др.), стремились, какъ извѣстно, выдѣлить изъ отдѣла гемангіомъ всѣ тѣ расширенія венъ, которыя, несомнѣнно, имѣли механическое происхожденіе (varices ani, varices cruris, varicocele и т. д.).

При разрѣшеніи вопроса о сущности рацемозныхъ ангіомъ, *Virchow* сталъ, несомнѣнно, на правильную точку зрѣнія и первый разобрался въ накопившихся до него фактахъ. Онъ также первый сдѣлалъ попытку выдѣлить изъ группы рацемозныхъ ангіомъ травматическаго происхожденія аневризмы. Его указанія относительно недостаточности имѣвшихся въ то время изслѣдованій для окончательнаго рѣшенія вопроса объ этихъ въ высшей степени интересныхъ образованіяхъ остаются въ силѣ и до настоящаго времени.

Въ послѣдующемъ я привожу дальнѣйшія работы, исполненныя разными авторами, посвященныя изученію гемангіомъ, но заранѣе долженъ указать, что всѣ онѣ основываются на томъ фундаментѣ, который былъ заложенъ *Virchow*'ымъ въ его классическомъ трудѣ объ опухоляхъ.

Литература. 1661. **Malpighi.** De pulmonibus· epistolae II ad Borellium. см. Haeser. II. p. 285. — 1696. **Leeuwenhoek.** Alle zijne natuurkundige werken. см. ibid. p. 297. — 1801. **Bichat.** см. стр. 8. — 1808. **Gräfe.** Ein· Beitrag zur rationellen Therapie der Angiektasie. по реф. — 1838. **Schleich.** см. Петровъ. — 1838. **Müller.** Ueber den feineren Bau u. die For-

men der krankhaften Geschwülste. см. Haeser, Rauber, Петровъ. — 1839. **Schwann**. Mikroscop. Untersuchungen etc. см. Haeser, Hyrtl и др. — 1844. **Roux**. Tumeurs fong. sanguines In Dict. en 30 vol., t. XXIX. см. Constantinoff и др. — 1849. **Рокитанскій**. см. стр. 9. — 1851. **Schuh**. см. стр. 9. — 1852. **Gerdy**. Chirurgie pratique. II. см. Constantinoff. — 1852 **Gerdy**. Union méd. № 88. см. V. — 1854. **Luschka**. см. стр. 9. — 1854. **Esmarch**. см. стр. 9. — 1854. **Schuh**. см. стр. 9. — 1854. **Rokitansky**. см. стр. 9 — 1856. **Cruveilhier**. Traité d'anatomie pathol. gen. III. цит. по мн. рефер. — 1858. **Bennet**. Clinical lectures etc. см. V. — 1861. **Follin**. Traité élémentaire de pathol. ext. I. см. Constantinoff и др. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1863. **Broca**. Traité des tumeurs. Paris. II. цит. по мног. реф. — 1874. **Hyrtl**. Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла. Русскій переводъ, исправленный по 12-му нѣмецкому. — 1875—1881. **Haeser**. см. ст. 9. — 1897. **Rauber**. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. I. Fünfte Auflage. — 1837. **Reinbach**. Pathol.-anat. u. klin. Beiträge zur Lehre von den Hämorrhoiden. B. B. XIX. — **Gunkel**. см. Ruediger-Rydygier.

ГЛАВА III.

Ученіе новѣйшаго времени о гемангіомахъ.

Опредѣленіе и классификація гемангіомъ различными изслѣдователями послѣ *Virchow*'а. Отсутствіе однообразной точки зрѣнія на сущность гемангіомъ; отсутствіе общепринятаго опредѣленія, установленной этіологіи и точной классификаціи

Названіе „*haimangiome*“ было впервые предложено *Lancereaux* (1875) для болѣе точнаго опредѣленія *кровяныхъ* сосудистыхъ опухолей въ противоположность *лимфатическимъ*. Долгое время это названіе считалось (*Mathez* и др.) излишнимъ и только въ самое послѣднее время оно принято во всѣхъ руководствахъ и спеціальныхъ работахъ.

Общій принципъ классификаціи *Virchow*'а, подраздѣлившаго сосудистыя опухоли на три класса—на кавернозныя, простыя и рацемозныя—остался въ силѣ и до настоящаго времени. Нѣкоторые новѣйшіе авторы сохранили классификацію *Virchow*'а даже въ мелочахъ. Такъ, напримѣръ, *Langhans* въ 1902 г. въ своемъ учебникѣ дословно повторяетъ дѣленіе сосудистыхъ опухолей, предложенное *Virchow*'ымъ.

Многіе авторы (*Foerster*, *Birch-Hirschfeld*, *Thoma*, *König-Hildebrand* и др.) пытались положить въ основу дѣленія этихъ опухолей строго гистологическій принципъ и различали артеріальныя, венозныя и капиллярныя ангіомы.

Foerster (1865) причислялъ къ первымъ цирсоидныя

аневризмы (aneurysma anastomoticum, varix arterialis), ко вторымъ — кавернозныя ангіомы, а къ третьимъ — телеангіэктазіи.

Birch-Hirschfeld (1887—1896) опредѣлялъ гемангіомы какъ опухоли, состоящія преимущественно изъ новообразованныхъ сосудовъ. „Unter Angiomen", пишетъ *Birch-Hirschfeld*, „verstehen wir eine wesentlich aus neugebildeten Gefässen zusammengesetzte Geschwulst, der also nur geringe Mengen von Bindegewebe beigemengt sind" [1]). Необходимо отмѣтить, что этотъ авторъ различалъ типическія опухоли, точно повторяющія строеніе тѣхъ тканей, изъ которыхъ онѣ развились, и атипическія, богатыя клѣтками и мало похожія на ткани, изъ которыхъ онѣ произошли. Для артерій, по схемѣ *Birch-Hirschfeld'*а, типической опухолью является артеріальная ангіома, для венъ—кавернозная ангіома, а для эмбріональныхъ сосудовъ—naevus vasculosus (телеангіэктазія, haemangioma simplex). Послѣднее образованіе состоитъ, по *Birch-Hirschfeld'*у, изъ расширенныхъ и извитыхъ сосудовъ капиллярнаго и „переходнаго" („Uebergangsgefässe") типовъ. Подъ микроскопомъ это образованіе представляется, въ зависимости отъ толщины стѣнокъ, двоякаго строенія. Стѣнки сосудовъ могутъ быть тонкими, или же толстыми. Опухоль, состоящая изъ толстостѣнныхъ капилляровъ, вѣрнѣе—изъ сосудовъ, подобныхъ капиллярамъ, называется angioma simplex hypertrophicum.

Thoma (1894), на основаніи гистологическаго строенія, различалъ три вида гемангіомъ: во первыхъ haemangioma teleangiectaticum, состоящую изъ размножившихся капилляровъ, во вторыхъ tumor vasculosus arterialis—опухоль, состоящую изъ множества мелкихъ артерій и лишь ничтожнаго количества капилляровъ и венъ, и въ третьихъ — haemangioma cavernosum. Къ послѣднему виду гемангіомъ онъ относилъ тѣ опухоли, которыя состоятъ изъ кавернозныхъ полостей, заложенныхъ на мѣстѣ капилляровъ между конечными развѣтвленіями артерій и корешками венъ.

Новообразованіе капилляровъ, по ученію *Thoma*, зави-

---

[1]) *Birch-Hirschfeld*. Lehrbuch. I. 1896. p. 217.

ситъ отъ двухъ факторовъ, отъ давленія крови въ просвѣтѣ капилляровъ и состоянія окружающихъ тканей. Ростъ же капилляровъ по плоскости (въ длину и ширину) зависитъ отъ скорости теченія крови: ....das Wachstum des Gefässdurchmessers nach Länge und Breite wird wesentlich bestimmt durch die Stromgeschwindigkeit" *(Borst)* [1]. Различныя отклоненія отъ нормальной скорости крови и отъ нормальнаго давленія ея въ капиллярахъ обусловливаетъ образованіе различныхъ видовъ сосудистыхъ новообразованій. Такъ, напримѣръ, при повышеніи въ капиллярахъ скорости и давленія крови развиваются телеангіэктазіи, состоящія изъ широкихъ капилляровъ, при уменьшеніи же скорости теченія крови — телеангіэктазіи, состоящія изъ узкихъ капилляровъ. Образованіе „фиссуральныхъ" (см. стр. 15) и „нейропатическихъ" (см. ниже) ангіомъ *Thoma* объясняетъ колебаніями давленія крови въ капиллярахъ.

Изъ знакомства со взглядами *Thoma* явствуетъ, что онъ совершенно не допускалъ существованія „венозныхъ" гемангіомъ, т. е. сосудистыхъ опухолей, состоящихъ изъ венъ.

Съ этіологической точки зрѣнія *Thoma* совершенно иначе дѣлилъ гемангіомы. Онъ различалъ четыре обособленныя группы: 1) фиссуральныя, онѣ же врожденныя ангіомы, 2) нейропатическія, 3) старческія и 4) травматическія ангіомы. Послѣднія три группы являются пріобрѣтенными гемангіомами. Теоретически такое дѣленіе является удобнымъ, однако, на практикѣ оно въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно не пріемлемо, такъ какъ нѣкоторые представители этихъ группъ по своему строенію ничѣмъ не отличаются другъ отъ друга.

Пашутинъ (1878) изъ класса гемангіомъ исключилъ рацемозныя ангіомы. По его мнѣнію: „ангіома—опухоль сосудистой ткани. Сюда относятся лишь опухоли изъ мельчайшихъ сосудовъ, такъ какъ растяженіе большихъ сосудистыхъ стволовъ вмѣстѣ съ гипертрофіей ихъ стѣнокъ представляютъ собой аневризмы (артеріи) и varices (венъ и боль-

---

[1]) *Borst.* Die Lehre von den Geschwülsten. I. p. 179.

шихъ лимфатическихъ стволовъ)". Въ образованіи „истинныхъ, т. е. мелкососудистыхъ ангіомъ", по *Пашутину*, участвуютъ три фактора: пассивное расширеніе старыхъ сосудовъ, затѣмъ, гипертрофія тканевыхъ элементовъ стѣнокъ сосудовъ и, наконецъ, новообразованіе новыхъ сосудовъ. Указывая на то, что въ этихъ опухоляхъ находятся новообразованные сосуды, авторъ оговаривается, что таковые „трудно различить".

Слѣдовательно, *Пашутинъ*, также какъ и *Thoma*, считаетъ гемангіому опухолью изъ капиллярныхъ сосудовъ. Онъ различаетъ два вида гемангіомъ: 1) angioma sanguineum s. haemangioma simplex и 2) angioma sanguineum s. haemangioma cavernosum.

Такого же опредѣленія гемангіомъ придерживаются *Broca* и *Mauclaire и de Bovis*. Послѣдніе авторы, однако, нѣсколько видоизмѣнили опредѣленіе *Broca*: „*Les angiomes*", говорятъ названные авторы, „*sont des productions accidentelles, primitives, constitués principalement par la dilatation et la multiplicité des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines*" [1]. *Mauclaire и de Bovis* считаютъ гемангіомы пораженіемъ исключительно капиллярной системы и также различаютъ два подвида — простыя и кавернозныя ангіомы, причемъ послѣднія являются лишь послѣдующей стадіей развитія первыхъ. („L'angiome caverneux ou «cavernome» n'est qu'un stade plus avancé de l'angiome simple" [2]). Эти же авторы совершенно исключаютъ изъ группы гемангіомъ артеріальныя (tumeur cirsoïde, anévrisme cirsoïde) и венозныя формы, описанныя *Roux*, *Gerdy*, *Follin*'омъ и др. Не исключаютъ *Mauclaire и de Bovis* лишь нѣкоторыя венозныя сосудистыя опухоли, которыя состоятъ изъ варикозныхъ расширеній мелкихъ венозныхъ корешковъ и часто сопутствуютъ капиллярныя эктазіи. Такія опухоли, по этимъ авторамъ, нерѣдко пріобрѣтаютъ кавернозный характеръ и причисля-

---

[1] („Ангіомы являются образованіями случайными, первичными, состоящими изъ расширенныхъ и увеличенныхъ въ числѣ сосудовъ, по которымъ кровь течетъ изъ артерій въ вены") *Mauclaire и de Bovis*. Les angiomes. 1896. p. 3. Курсивъ авторовъ.

[2] *M. B.* p. 27.

ются ими, по примѣру *Virchow*'а, къ „варикознымъ ангіомамъ“ (angiomes ou naevi variqueux).

Менѣе опредѣленно высказываются *Cornil и Ranvier* (1901), которые различаютъ двѣ разновидности гемангіомъ: простыя и кавернозныя ангіомы. Простыя ангіомы, по ихъ опредѣленію, состоятъ изъ новообразованныхъ мелкихъ сосудовъ („artérioles, capillaires et veinules“), которые ничѣмъ не отличаются отъ нормальныхъ сосудовъ. Кавернозныя же ангіомы состоятъ изъ системы полостей на подобіе нормально встрѣчающихся въ организмѣ кавернозныхъ тѣлъ penis'а.

Болѣе сложную классификацію ввелъ *Ziegler* (1905). Онъ опредѣлялъ гемангіомы какъ опухолеподобныя образованія, въ построеніи которыхъ кровеносные сосуды играютъ преобладающую роль, обусловливающую характеръ опухоли. „Geschwulstartige Bildungen“, говоритъ *Ziegler*, „an deren Zusammensetzung Blutgefässe einen hervorragenden und den Charakter der Geschwulst bestimmenden Anteil nehmen“ [1]). *Ziegler* предложилъ раздѣлить гемангіомы на четыре группы: 1) haemangioma simplex s. teleangiectasia, 2) h. cavernosum s. tumor cavernosus, 3) h. hypertrophicum и 4) angioma arteriale racemosum s. plexiforme.

Къ первой группѣ *Ziegler* относитъ такія опухоли, въ которыхъ среди нормальной основной ткани встрѣчается избыточное количество ненормально широкихъ капилляровъ и венъ. Стѣнки капилляровъ и венъ иногда рѣзко измѣнены. Въ случаѣ преобладанія венъ, опухоль называется angioma simplex venosum.

Ко второй группѣ *Ziegler* относитъ сосудистыя опухоли, состоящія преимущественно изъ кавернозной, губчатой ткани, сходной по строенію съ кавернозными тѣлами penis'а и уретры.

Третья группа, выдѣленная *Ziegler*'омъ, представляется въ двухъ формахъ: h. simplex hypertrophicum и h. cavernosum hypertrophicum (endothelioma haemangiomatodes). Первая состоитъ изъ спавшихся толстостѣнныхъ мелкихъ сосу-

---

[1]) *Ziegler*. Allgemeine Pathologie. 1905. p. 419.

довъ, въ которыхъ иногда не удается замѣтить просвѣта. Во второй формѣ гемангіомъ стѣнки кавернозныхъ кровяныхъ полостей представляются также утолщенными, благодаря тому, что нормальный плоскій эндотелій, выстилающій кавернозныя полости, принимаетъ кубическую или цилиндрическую форму. При чрезмѣрномъ разрастаніи эндотелія, опухоль перестаетъ носить характеръ чистой гемангіомы и дѣлается болѣе похожей на эндотеліому.

Четвертую группу, по *Ziegler*'у, представляютъ собой опухоли, состоящія изъ расширенныхъ, утолщенныхъ и извивающихся артерій опредѣленнаго сосудистаго участка. Часть такихъ ангіомъ происходитъ изъ врожденныхъ зачатковъ, часть представляется пріобрѣтенной и появляется иногда послѣ травматическихъ поврежденій.

Приблизительно такого же дѣленія гемангіомъ, какъ и *Ziegler*, придерживается профессоръ *М. Н. Никифоровъ* (1909). Онъ также приводитъ четыре группы гемангіомъ: 1) angioma teleangiectodes—опухоль, состоящую изъ растянутыхъ предсуществовавшихъ капилляровъ, 2) a. hypertrophicum, 3) a. arteriosum, представляющуюся въ видѣ tumor erectilis, если опухоль состоитъ изъ мелкихъ сосудовъ, и въ видѣ angioma arteriosum racemosum s. angioma plexiforme, если опухоль захватываетъ крупныя вѣтви, и 4) ангіомы, имѣющія строеніе венозныхъ сосудовъ. Къ послѣднимъ принадлежатъ пещеристыя ангіомы (angioma cavernosum), имѣющія строеніе, подобное пещеристымъ тѣламъ.

Въ 1902 г. вышла обширная книга *Borst*'а, посвященная ученію объ опухоляхъ. Цѣлая глава этой книги удѣлена ученію о гемангіомахъ. *Borst* совсѣмъ не касается тѣхъ образованій, которыя были выдѣлены еще *Virchow*'ымъ въ особую группу такъ называемыхъ ложныхъ ангіомъ. Къ гемангіомамъ онъ не причисляетъ также всѣ расширенія артерій (аневризмы) и венъ (varices). Къ послѣднимъ *Borst* относитъ и геморроидальныя шишки, вопреки *Reinbach*'у, который незадолго до того (1897), на основаніи своихъ изслѣдованій, высказался за ихъ ангіоматозный характеръ. Наконецъ, *Borst* выдѣляетъ изъ отдѣла гемангіомъ рацемозную ангіому (aneurysma cirsoides s. racemosum s. angioma plexiforme), которая, по

его мнѣнію, лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ принадлежитъ къ истиннымъ новообразованіямъ („ist in den seltensten Fällen eine echte Geschwulst“ [1]).

Всѣ гемангіомы по *Borst*'у можно подраздѣлить на двѣ главныя группы: 1) haemangioma simplex и 2) haemangioma cavernosum. Но и среди образованій, обычно причисляемыхъ къ этимъ группамъ, многія, по мнѣнію *Borst*'а, должны быть совершенно исключены изъ отдѣла гемангіомъ.

Къ первой группѣ гемангіомъ *Borst* относитъ телеангіэктазіи, которыя состоятъ изъ расширенныхъ конечныхъ сосудовъ и легко принимаютъ кавернозный видъ. По мнѣнію *Rindfleisch*'а и самого *Borst*'а, эти, обычно врожденныя, телеангіэктазіи принадлежатъ скорѣе къ гипертрофическимъ процессамъ, чѣмъ къ новообразовательнымъ. Развивающіяся же телеангіэктазіи въ старческомъ возрастѣ своимъ гистологическимъ строеніемъ рѣзко отличаются, по *Borst*'у, отъ врожденныхъ телеангіэктазій. Первыя (старческія) являются простыми расширеніями сосудовъ, заложенныхъ въ склерозирующейся соединительной ткани кожи. Вторыя (врожденныя) же развиваются благодаря какъ росту въ длину капилляровъ, имѣющихся въ опредѣленномъ мѣстѣ кожи въ необычно большомъ количествѣ, такъ и утолщенію ихъ стѣнокъ и расширенію ихъ просвѣтовъ. Въ виду недоказанности преобладанія новообразованныхъ сосудовъ въ телеангіэктазіяхъ, *Borst* считаетъ желательнымъ отдѣлить послѣднія отъ простыхъ ангіомъ въ особую группу.

Собственно простыми ангіомами *Borst* предлагаетъ называть такія новообразованія, которыя состоятъ изъ капиллярныхъ сосудовъ, размножающихся въ значительномъ количествѣ и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ превращающихся въ мелкія артеріи. Ангіомы, состоящія изъ новообразованныхъ артерій или венъ, не попадались *Borst*'у. Опухоли, описанныя подъ названіемъ артеріальныхъ или венозныхъ ангіомъ (*Muscatello* и др.), по словамъ *Borst*'а, больше походятъ на фиброзныя новообразованія со значительнымъ развитіемъ сосудовъ. Къ простымъ ангіомамъ *Borst* причис-

[1]) *Borst*. l. c. p. 176.

ляетъ также angioma hypertrophicum *Ziegler*'а, хотя и считаетъ болѣе правильнымъ отнести ихъ къ эндотеліомамъ.

Такимъ образомъ, по *Borst*'у, къ простымъ гемангіомамъ безспорно принадлежатъ лишь новообразованія капиллярныхъ сосудовъ, описанныя въ чистой формѣ только въ кожѣ, мышцахъ и яйцевыхъ оболочкахъ (chorion).

Образованія, принадлежащія ко второй группѣ гемангіомъ, къ кавернознымъ гемангіомамъ, по *Borst*'у, въ подавляющемъ количествѣ случаевъ также не могутъ быть отнесены къ истиннымъ сосудистымъ новообразованіямъ, такъ какъ обычно въ нихъ не удается констатировать новообразованія сосудовъ. Процессъ образованія этихъ опухолей *Borst* называетъ „кавернознымъ перерожденіемъ" („kavernöse Entartung", „kavernöse Metamorphose")[1] и считаетъ, что при этомъ процессѣ имѣетъ мѣсто чрезмѣрное расширеніе сосудовъ какого-нибудь предсуществовавшаго сосудистаго участка и превращеніе ихъ кромѣ того въ извилистые. Самъ *Borst* присоединяется къ мнѣнію *Thoma*, приведенному выше, по которому кавернозныя полости происходятъ изъ капилляровъ, при чемъ первыя принимаютъ на себя функцію вторыхъ. Попутно *Borst* отмѣчаетъ, что многіе авторы (*Birch-Hirschfeld*, *Recklinghausen*, *Esmarch*, *Hanssen* и др.) предполагали, что кавернозныя полости образуются путемъ расширенія просвѣта венъ и атрофіи съ разрывомъ ихъ стѣнокъ.

Образованіе кавернозныхъ гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки съ одной стороны и кавернозныхъ гемангіомъ печени съ другой *Borst* объясняетъ различно.

Относительно образованія кавернозныхъ гемангіомъ кожи *Borst* присоединяется къ объясненію *Rindfleisch*'а. Первичнымъ процессомъ, по мнѣнію обоихъ изслѣдователей, является развитіе вокругъ сосудовъ, параллельно длинной оси капилляровъ, молодой соединительной ткани и въ дальнѣйшемъ превращеніе ея въ фиброзную, сморщенную соединительную ткань. Слѣдствіемъ сморщиванія и сокращенія расположенной вокругъ капилляровъ соединительной ткани явится расширеніе просвѣтовъ ихъ. Описанные процессы

---

[1]) *Borst*, l. c. p. 186.

Borst наблюдалъ въ подкожной ткани: „Man beobachtet", говоритъ *Borst*, „hier im Bereich der Fettläppchen eine fibröse Degeneration des kapillaren Abschnittes der Blutbahn, die mit der Entwicklung eines an den Gefässen etablierten Keimgewebes einsetzt; letzteres wandelt sich in Spindelzellen-und Fasergewebe um, das parallel der Längsachse der Gefässe angeordnet erscheint und zur Retraktion neigt, deren Effekt die Erweiterung der entarteten Blutgefässe ist" [1]). Образованіе телеангіэктазій *Rindfleisch* и *Borst* также объясняли тѣмъ, что первично вокругъ сосудовъ, вдоль длинной оси ихъ, развивается молодая соединительная ткань. Различіе между обоими процессами заключается въ слѣдующемъ. При образованіи кавернозныхъ полостей на первый планъ выступаетъ фиброзное превращеніе и сморщиваніе новообразованной соединительной ткани и укороченіе и расширеніе существующихъ капилляровъ. При образованіи же телеангіэктазій, главнымъ моментомъ является ростъ стѣнки капилляровъ въ длину и превращеніе ихъ въ извилистые.

Образованіе кавернозныхъ ангіомъ печени *Borst* объясняетъ чрезмѣрнымъ расширеніемъ капилляровъ печени, атрофіей и исчезновеніемъ печеночныхъ клѣтокъ, заложенныхъ между расширенными капиллярами, и, наконецъ, сліяніемъ сосѣднихъ расширенныхъ капилляровъ въ бóльшія полости. Вѣроятной причиной этого „кавернознаго метаморфоза сосудистой системы" *Borst* считаетъ первичное измѣненіе сосудистой стѣнки („eine primäre Veränderung der Gefässwand") [2]) такого же характера какъ и при образованіи кавернозныхъ ангіомъ кожи. Кромѣ того въ образованіи кавернозныхъ опухолей въ печени имѣютъ значеніе, по мнѣнію *Borst*'а, хроническіе застои крови въ этомъ органѣ.

Въ цѣломъ рядѣ другихъ органовъ (селезенка, почки, костный мозгъ, матка, кишечникъ, мочевой пузырь, мышцы) имѣетъ мѣсто, по *Borst*'у, подобный же процессъ образованія кавернозныхъ ангіомъ.

Изъ знакомства съ работой *Borst*'а мы видимъ, что

---

[1]) *Borst*. l. c. p. 185.

[2]) *Borst*. l. c. p. 189.

этотъ авторъ, признавая гемангіомами только такія опухоли, въ которыхъ имѣется новообразованіе сосудовъ, былъ вынужденъ исключить изъ отдѣла истинныхъ гемангіомъ многія образованія, которыя обычно причислялись къ этому отдѣлу. Истинными гемангіомами являются, по *Borst*'у, лишь простыя гемангіомы, состоящія изъ новообразованныхъ капилляровъ и, можетъ быть, нѣкоторыя кавернозныя гемангіомы, развивающіяся изъ врожденныхъ зачатковъ.

Телеангіэктазіи и огромное большинство кавернозныхъ ангіомъ, по *Borst*'у, не принадлежатъ къ сосудистымъ новообразованіямъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова и причисляются имъ къ ложнымъ ангіомамъ („sog. falsche Angiome" [1]).

Еще болѣе радикальнымъ въ опредѣленіи понятія о гемангіомѣ, чѣмъ *Borst*, является *Bard* (1899), по которому эти образованія, представляющія собой расширенія капилляровъ, должны быть совершенно исключены изъ отдѣла истинныхъ новообразованій. „Les dilatations vasculaires, plus ou moins complexes", говоритъ *Bard*, „qui constituent les diverses variétés d'angiomes et d'anévrysmes, n'ont aucun rapport avec les tumeurs vraies" [2]). По мнѣнію *Bard*'а, подъ вліяніемъ кровяного давленія на стѣнки капилляровъ, измѣненныя послѣ какого-нибудь патологическаго процесса, происходитъ или ихъ гипертрофія (простая ангіома), или ихъ расширеніе (кавернозная ангіома).

Отмѣчу встрѣтившееся въ книгѣ *Bard*'а противорѣчіе. Дѣло въ томъ, что въ другомъ мѣстѣ своего руководства онъ пишетъ, что ангіомы являются уродствами: „Les angiomes sont des lésions, qui doivent être rattachées aux malformations" [3]). Къ уродствамъ же, т. е. къ образованіямъ врожденнаго происхожденія, *Bard* причисляетъ „особый видъ гипертрофіи артеріальныхъ образованій (anévrysmes cirsoïdes, anévrysmes racémeux, varices arterielles)" [4]).

Такимъ образомъ, *Borst* (1904) и *Bard* (1899) въ основу сво-

[1]) *Borst*. l. c. p. 191.

[2]) *Bard*. Précis d'anatomie pathologique. 1899. p. 440.

[3]) *Bard*. l. c. p. 48.

[4]) *Bard*. l. c. p. 454.

ихъ подраздѣленій гемангіомъ положили не столько гистологическій принципъ классификаціи, сколько этіологическій.

Также на основаніи этіологическаго различія, *Schmaus* (1904) выдѣлилъ три вида гемангіомъ. По мнѣнію этого автора однѣ гемангіомы являются врожденными уродствами ограниченнаго сосудистаго участка, другія—простыми расширеніями нормальныхъ сосудовъ, а третьи—истинными новообразованіями, развивающимися вслѣдствіе размноженія сосудовъ. Приводя такое дѣленіе гемангіомъ, *Schmaus*, однако, нигдѣ не указываетъ тѣхъ признаковъ, на основаніи которыхъ можно было бы отнести отдѣльныя гемангіомы къ той или другой группѣ.

На основаніи гистологическаго различія этотъ же авторъ дѣлитъ гемангіомы на три группы: на телеангіэктазіи, кавернозныя ангіомы и на aneurysma racemosum arteriale.

Unna (1894), имѣя въ виду сосудистыя опухоли исключительно кожи, различаетъ три рѣзко обособленныя ихъ группы: 1) ангіомы кожи, 2) ангіэктазіи кожи и 3) naevi angiomatosi и elephantiasis congenita angiomatosa.

Первыя двѣ группы отнесены *Unna* въ отдѣлъ прогрессивныхъ процессовъ, именно къ доброкачественнымъ опухолямъ; послѣднюю группу онъ причислилъ къ отдѣлу уродствъ.

Къ первой группѣ, къ истиннымъ ангіомамъ, являющимся доброкачественными новообразованіями („Wucherungsgeschwülste") и развивающимся въ результатѣ новообразованія молодыхъ кровеносныхъ сосудовъ („unablässige Neubildung von jungen Blutgefässen")[1]), *Unna* причисляетъ: 1) angioma simplex s. plexiforme (*Winiwarter*) s. glomeruliforme *(Unna)* и 2) angioma cavernosum.

Простыя ангіомы кожи, по *Unna*, въ большинствѣ случаевъ являются врожденными, но развиваются и разрастаются всегда послѣ рожденія, при чемъ часто обладаютъ неудержимымъ ростомъ. Онѣ обыкновенно помѣщаются на границѣ cutis и subcutis, прорастая тотъ и другой слой кожи. Поэтому *Unna* считаетъ невозможнымъ дѣлить простыя

---

[1]) *Unna*. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. p. 783.

гемангіомы на кожныя и подкожныя. На основаніи изслѣдованія семи случаевъ кожныхъ гемангіомъ, *Unna* даетъ подробное описаніе ихъ микроскопическаго строенія. Опухоль состоитъ изъ клубка извитыхъ на подобіе кишечника артеріальныхъ капилляровъ. „Es sind mithin“, пишетъ *Unna*, „die arteriellen Kapillaren der Haut, welche beim Angiom die Hauptmasse der Geschwulst liefern“ [1]). Наиболѣе молодые капилляры, прорастающіе ткани по периферіи опухоли, похожи по строенію на нормальные капилляры кожи и состоятъ изъ узкаго просвѣта, окаймленнаго однимъ рядомъ веретенообразныхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, съ большимъ количествомъ протоплазмы. Въ капиллярахъ самой опухоли эндотелій также очень сочен и располагается въ два и больше концентрическихъ рядовъ. Часто видны фигуры дѣленія эндотеліальныхъ клѣтокъ. Эти капилляры всегда зіяютъ.

Unna различаетъ два вида роста простыхъ гемангіомъ: почкованіе капилляровъ въ окружающія ткани и интерстиціальный, по опредѣленію *Unna*, ростъ капилляровъ внутри опухоли. Послѣдній видъ роста обусловливаетъ, по *Unna*, главнымъ образомъ дольчатость этого вида гемангіомъ. Дольки опухоли состоятъ изъ отдѣльныхъ клубковъ извивающихся артеріальныхъ капилляровъ, что настолько, по мнѣнію *Unna*, характерно для простыхъ гемангіомъ кожи, что онъ предложилъ вмѣсто „angioma simplex“ называть эти опухоли „angioma arteriale, angioma glomeruliforme“.

Весьма интереснымъ является указаніе *Unna* на отсутствіе въ кожныхъ гемангіомахъ эластической ткани.

Кромѣ артеріальныхъ капилляровъ, составляющихъ сущность гемангіомъ, въ послѣднихъ встрѣчаются также венозные капилляры и остатки различныхъ другихъ тканей и органовъ кожи (жировыя клѣтки, соединительнотканныя волокна, железы, мышцы, нервы, Mastzellen).

Во всѣхъ кожныхъ гемангіомахъ *Unna* наблюдалъ появленіе кавернозныхъ полостей, которыя, по этому автору, образуются двояко. Въ тѣхъ гемангіомахъ, которыя распо-

---

1) *Unna*. l. c. p. 857.

ложены въ поверхностныхъ слояхъ кожи, образованіе кавернозныхъ, собственно говоря, варикозныхъ полостей происходитъ вслѣдствіе расширенія капилляровъ и обусловливается повышеніемъ кровяного давленія. Другой механизмъ образованія кавернозныхъ полостей *Unna* наблюдалъ въ двухъ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ. По автору, при этомъ происходитъ особый патологическій процессъ, названный имъ „endothelialer Degenerationsprozess" [1]), и имѣющій двѣ стадіи развитія. Сначала въ артеріальныхъ капиллярахъ происходитъ набуханіе, гиперплазія и частичное отслоеніе эндотеліальныхъ клѣтокъ и образованіе гигантскихъ клѣтокъ, а затѣмъ полное отслоеніе и исчезновеніе этихъ перерожденныхъ клѣтокъ. *(?)* Дѣло можетъ дойти до полнаго исчезновенія нѣкоторыхъ, близко другъ къ другу расположенныхъ, капилляровъ и до образованія большихъ кавернъ [2]). Этотъ „второй" способъ образованія кавернозныхъ полостей въ простыхъ гемангіомахъ кожи, впервые описанный *Unna* въ 1894 г., больше, повидимому, никѣмъ не наблюдался и позднѣйшими авторами обходится молчаніемъ.

Кавернозныя гемангіомы локализирующіяся въ подкожной клѣтчаткѣ („Hypoderm"), не были изслѣдованы самимъ *Unna*. Поэтому онъ приводитъ описаніе этихъ гемангіомъ по *Winiwarter*'у [3]) (1892). По мнѣнію послѣдняго автора, кавернозныя гемангіомы рѣже, чѣмъ простыя, являются врожденными, обычно же онѣ появляются послѣ травмъ. Чаще онѣ одиночны и лежатъ подъ кожей, рѣже множественны и находятся въ самой кожѣ. Ростъ ихъ медленный, но иногда и неудержимый. Полости кавернозныхъ гемангіомъ выстланы плоскимъ эндотеліемъ. Въ стѣнкахъ полостей въ болѣе молодыхъ участкахъ опухолей видны въ большомъ количествѣ новообразованныя мышечныя волокна, гигантскія клѣтки и вакуоли. *(?)* По мнѣнію *Winiwarter*'а, образованіе кавернозныхъ гемангіомъ происходитъ слѣдующимъ образомъ. Сперва по стѣнкѣ венозныхъ сосудовъ наступаетъ разрастаніе клѣтокъ

---

1) *Unna*. l. c. p. 862.

2) *Unna*. l. c. p. 861.

3) *Unna*. l. c. p. 862.

(какихъ клѣтокъ, авторъ не говоритъ) съ образованіемъ гигантскихъ. Затѣмъ въ такомъ „клѣточномъ росткѣ" образуются вакуоли и впослѣдствіи и болѣе широкія полости: „Innerhalb der Wandung venöser Gefässe", пишетъ *Unna*, „tritt Zellwucherung und Riesenzellenbildung auf und dann entstehen durch Vacuolenbildung und Aushöhlung der soliden Gefässsprossen anstatt gewöhnlicher Kapillaren sogleich communicirende, breitere Hohlräume" [1]). Цитированный взглядъ *Winiwarter*'а на образованіе кавернозныхъ гемангіомъ напоминаетъ приведенныя раньше воззрѣнія прежнихъ авторовъ (*Rokitansky*, *Luschka* и др.) и современными изслѣдователями отвергается.

Вторая группа гемангіомъ—ангіэктазіи—причислена *Unna* къ имъ же созданному классу такъ называемыхъ застойныхъ опухолей („Stauungsgeschwülste"), входящихъ, по автору, также въ отдѣлъ прогрессивныхъ процессовъ. Этотъ классъ опухолей объединяетъ, въ противовѣсъ истиннымъ, доброкачественнымъ новообразованіямъ, всевозможныя скопленія не развивающихся самостоятельно тканей: „Geschwulstförmige Ansammlungen", говоритъ *Unna*, „inerter, unter Umständen sogar abgestorbener, aber jedenfalls nicht selbständig fortwachsender Gewebstheile" [2]). Къ такимъ „Stauungsgeschwülste" *Unna* причисляетъ кератомы, различныя кисты кожи, ангіэктазіи, лимфангіомы и лимфангіэктазіи, липомы, ксантомы, urticaria pigmentosa и всевозможныя пигментныя опухоли.

Къ ангіэктазіямъ принадлежатъ, по *Unna*, исключительно пріобрѣтенныя образованія, которыя развиваются всегда путемъ первичной эктазіи капилляровъ или венъ. Лишь иногда въ нихъ могутъ развиться вторично гиперпластическія явленія. Въ этотъ классъ авторомъ отнесены телеангіэктазіи, затѣмъ особый видъ расширеній капилляровъ у пожилыхъ людей („die papillären Kapillarvaricen älterer Leute") [3]) и, наконецъ, варикозныя и кавернозныя измѣненія большихъ кожныхъ венъ.

Unna различаетъ два подвида телеангіэктазій. Первый

---

1) *Unna*. l. c. p. 862.

2) *Unna*. l. c. p. 782.

3) *Unna*. l. c. p. 920.

подвидъ характеризуется тѣмъ, что въ видѣ отдѣльныхъ пятенъ появляются телеангіэктазіи кожи, причина появленія которыхъ неизвѣстна. „Die ganz isolirt auftretenden, meistens zu den *angeborenen Mälern* gerechneten Teleangiektasien", говоритъ *Unna*, „ermangeln noch jeder plausiblen Erklärung" [1]). Говоря о врожденности этихъ опухолей, *Unna* себѣ же противорѣчитъ, такъ какъ всѣ *врожденныя* „Stauungsgeschwülste", по этому автору, относятся къ третьей группѣ сосудистыхъ опухолей. Ко второму подвиду телеангіэктазій *Unna* причисляетъ расширеніе кожныхъ венъ, которыя развиваются симптоматически при разныхъ болѣзняхъ. Въ основѣ образованія этихъ телеангіэктазій при однѣхъ болѣзняхъ (rosacea seborrhoica, ulerythema centrifugum, lupus, syphilis) лежатъ воспалительные процессы, а при другихъ (xeroderma pigmentosum и др.)—атрофическіе.

На основаніи изслѣдованія четырехъ собственныхъ случаевъ ангіэктазій у пожилыхъ людей, *Unna* выводитъ заключеніе, что здѣсь прежде всего наблюдается расширеніе въ предѣлахъ капилляровъ не менѣе 4—6 рядомъ лежащихъ сосочковъ кожи. Впослѣдствіи происходитъ кавернозное превращеніе этихъ капилляровъ путемъ истонченія и разрыва стѣнокъ varix'а. О причинѣ образованія этихъ старческихъ ангіэктазій ничего не извѣстно: „ebensowenig", говоритъ *Unna*, „wissen wir über die Entstehung der Kapillarvaricen der älteren Leute" [2]). Причина образованія варикозныхъ расширеній венъ, по мнѣнію *Unna*, установлена точно и зависитъ отъ застойной гипереміи („Senkungshyperämie"). *Unna* произвелъ микроскопическое изслѣдованіе восьми случаевъ варикозныхъ расширеній на голени и тылѣ стопы и во всѣхъ этихъ случаяхъ нашелъ признаки только ангіэктазій, но не ангіомы. По его мнѣнію, въ процессѣ образованія варикозныхъ расширеній венъ играетъ роль какъ податливость венозныхъ стѣнокъ, такъ и разрывъ ихъ и образованіе, благодаря давленію крови, изъ адвентиціи сосудовъ и изъ клѣтчатки кожи перегородокъ, въ

[1]) *Unna*. l. c. p. 923. курсивъ автора.

[2]) ibidem.

промежуткахъ между которыми и циркулируетъ кровь. Благодаря этому, около вены получается кавернозная ткань, въ предѣлахъ которой продолжается кровообращеніе.

Третья группа сосудистыхъ опухолей причислена *Unna* къ отдѣлу уродствъ, именно къ подъотдѣлу послѣднихъ, къ „Stauungsgeschwülste". Къ этой группѣ онъ относитъ всѣ врожденныя кожныя сосудистыя опухоли, представляющіяся въ видѣ naevi angiomatosi („Feuermäler") и elephantiasis congenita angiomatosa. Naevi angiomatosi состоятъ, по *Unna*, изъ расширенныхъ кожныхъ венъ, стѣнки которыхъ представляются эксцентрически гипертрофированными: „Die mikroskopische Untersuchung lehrt", пишетъ *Unna*, „dass die Feuermäler im schroffen Gegensatz zu den meisten übrigen Angiomen wirklich allein eine Dilatation und excentrische Hypertrophie des Venensystems zeigen"[1]), и далѣе: „Die Feuermäler sind sämmtlich venöser Natur"[2]). По мнѣнію *Unna*, изслѣдовавшаго два такихъ родимыхъ сосудистыхъ пятна кожи („Feuermäler"), число сосудовъ въ нихъ почти такое же, какъ въ нормальной кожѣ. Разница состоитъ лишь въ томъ, что въ родимыхъ пятнахъ венозные капилляры представляются въ видѣ довольно большихъ венъ. Въ этихъ венахъ, въ отличіе отъ нормальныхъ, отсутствуетъ эластическая ткань. Появленіе такихъ naevi angiomatosi *Unna* ставитъ въ связь съ внутриутробнымъ давленіемъ, особенно на нѣкоторыя опредѣленныя точки наружныхъ покрововъ зародыша, а также съ застоемъ въ сосудахъ кожи. Иногда происходитъ дальнѣйшее прогрессивное развитіе naevi angiomatosi съ переходомъ ихъ въ naevus hypertrophicus. При изслѣдованіи четырехъ послѣднихъ случаевъ, *Unna* нашелъ утолщеніе, удлиненіе и извилистость отдѣльныхъ венозныхъ участковъ и фиброзное перерожденіе cutis („eine Fibrombildung der cutis")[3]).

Elephantiasis angiomatosa, или, по *Kaposi*, angio-elephantiasis представляется въ видѣ расширеній и гипертрофіи подкожныхъ и глубокихъ сосудистыхъ стволовъ.

---

[1]) *Unna*. l. c. p. 1189.

[2]) *Unna*. l. c. p. 1191.

[3]) *Unna*. l. c. p. 1193.

Я болѣе подробно остановился на работѣ *Unna* и намѣренно привелъ многочисленныя цитаты изъ нея въ виду того, что этотъ авторъ, на основаніи собственныхъ изслѣдованій цѣлаго ряда гемангіомъ и ангіэктазій кожи, пытался ввести новое дѣленіе сосудистыхъ опухолей. Истинными гемангіомами, по мнѣнію этого автора, являются только тѣ простыя и кавернозныя гемангіомы, въ которыхъ доказано новообразованіе сосудовъ. Такія опухоли составляютъ первую группу *Unna*. Обѣ другія группы состоятъ изъ врожденныхъ и пріобрѣтенныхъ расширеній артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ. Изъ сказаннаго ясно, что *Unna* въ общемъ пришелъ къ такимъ же выводамъ, что и послѣ него *Borst*, но съ тѣмъ различіемъ, что *Unna* имѣлъ въ виду сосудистыя образованія только кожи, а *Borst* всего организма. Интереснымъ также является мнѣніе *Unna*, по которому дѣленіе опухолей на врожденныя и пріобрѣтенныя искусственно. Понятіе врожденности должно быть отнесено, по *Unna*, не къ самимъ опухолямъ, а къ врожденнымъ зачаткамъ ихъ („Substrat"). Наконецъ, чрезвычайно важнымъ, по моему мнѣнію, является выдѣленіе большихъ родимыхъ сосудистыхъ пятенъ въ отдѣльную группу „naevi angiomatosi". Въ этомъ отношеніи *Unna*, какъ онъ и самъ указываетъ, лишь вернулся къ точкѣ зрѣнія *Virchow*'а, который также выдѣлялъ подобныя образованія въ отдѣльную группу подъ различными названіями: telangiectasis venosa, angioma varicosum simplex и naevus varicosus.

Совершенно своеобразный взглядъ на сущность гемангіомъ проводится *Ribbert*'омъ (1904, 1908). Этотъ авторъ различаетъ также три морфологически различныя группы гемангіомъ: 1) angioma arteriale racemosum, рѣдкую опухоль, состоящую изъ артерій, 2) angioma simplex s. teleangiectasia, состоящую изъ новообразованныхъ капилляровъ или мелкихъ венъ, и 3) angioma cavernosum, опухоль, состоящую изъ неправильно узкихъ или болѣе широкихъ кровяныхъ полостей.

Въ противоположность *Borst*'у, *Bard*'у, *Schmaus*'у и многимъ другимъ авторамъ, *Ribbert* рѣшительно высказывается за новообразовательный характеръ всѣхъ гемангіомъ. Онъ настаиваетъ на томъ, что всѣ гемангіомы состоятъ изъ но-

вообразованныхъ сосудовъ или полостей, похожихъ на сосуды, и небольшого количества межуточной соединительной ткани. Гемангіомы, по *Ribbert*'у, являются самостоятельно разростимися сосудистымъ участкомъ: „ein selbständiger, aus sich herauswachsender Gefässbezirk“ [1]). Въ пользу такого ученія о происхожденіи гемангіомъ говоритъ, по *Ribbert*'у, въ особенности то обстоятельство, что сосуды этихъ опухолей обычно не анастомозируютъ съ сосудами окружающихъ гемангіому тканей. Связь съ кровеносной системой поддерживается лишь одной артеріей и одной веной. Эту особенность гемангіомъ *Ribbert* установилъ путемъ инъекціи особой массой какъ простыхъ, такъ и кавернозныхъ гемангіомъ. На основаніи всего вышесказаннаго, ростъ гемангіомъ совершается, по *Ribbert*'у, исключительно вслѣдствіе удлиненія и расширенія старыхъ сосудовъ, а также почкованія новыхъ: „Verlängerung der alten und Aussprossen neuer Gefässe“ [2]).

Къ настоящимъ новообразованіямъ *Ribbert*, въ противоположность *Borst*'у, *Unna* и др., относитъ также небольшія кожныя опухоли, часто находимыя у пожилыхъ лицъ и представляющіяся подъ микроскопомъ то въ видѣ простыхъ, то кавернозныхъ гемангіомъ. Эти опухоли близко стоятъ къ телеангіэктазіямъ, но отличаются отъ нихъ, по *Ribbert*'у, своей формой (онѣ похожи на бородавки), неправильными и болѣе значительными размѣрами просвѣтовъ полостей и болѣе венознымъ характеромъ находящейся въ нихъ крови. Всѣ гемангіомы, по *Ribbert*'у, происходятъ благодаря неправильностямъ въ развитіи тканей. Онѣ обыкновенно врожденныя, хотя у дѣтей неправильное развитіе тканей организма возможно и послѣ рожденія.

Такимъ образомъ, *Ribbert* является единственнымъ авторомъ изъ всѣхъ до сихъ поръ мною приведенныхъ, который причисляетъ *всѣ* гемангіомы къ истиннымъ новообразованіямъ. При этомъ необходимо отмѣтить, что, по *Ribbert*'у, этіологическимъ моментомъ происхожденія большинства новообразованій являются врожденныя неправильности развитія

---

[1]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. 1904. p. 164.

[2]) *Ribbert*. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie u. pathologischen Anatomie. 1908. p. 246.

тканей: „echte Geschwülste und Gewebemissbildungen", пишетъ *Ribbert*, „sind keine Gegensätze. Die meisten Geschwülste gehen aus Missbildungen hervor" [1]). Такъ и причиной образованія гемангіомъ является, по *Ribbert*'у, неправильное развитіе опредѣленныхъ участковъ кожи, печени и т. д.

Ученіе *Ribbert*'а, по которому врожденное обособленіе и самостоятельное разрастаніе сосудистаго участка являются основными причинами образованія гемангіомъ, нашло многихъ послѣдователей, среди которыхъ упомяну *Fischer*'а и *Zieler*'а (1906), которые посвятили спеціальную работу патологіи ангіомъ вообще и гемангіомъ въ частности. Эти авторы въ началѣ своей статьи касаются спорныхъ образованій, лишь похожихъ на истинныя гемангіомы. Относительно сущности angioma racemosum и старческихъ ангіомъ они не приходятъ къ опредѣленному заключенію и лишь указываютъ на необходимость дальнѣйшихъ изслѣдованій: „Zur Klärung der Streitfrage", говорятъ эти авторы, „scheinen uns erneute Untersuchungen notwendig zu sein" [2]). Геморроидальныя шишки и ангіокератомы *Fischer* и *Zieler* совершенно исключаютъ изъ числа гемангіомъ. Въ дальнѣйшемъ упомянутые авторы приводятъ изъ литературы послѣднихъ лѣтъ цѣлый рядъ различныхъ случаевъ гемангіомъ и подробно ихъ разбираютъ. Въ вопросѣ объ образованіи гемангіомъ они всецѣло становятся на точку зрѣнія *Ribbert*'а.

Въ самые послѣдніе годы классификація опухолей вообще и гемангіомъ въ частности снова подверглась нѣкоторымъ измѣненіямъ. Кромѣ строго гистологическаго и генетическаго принципа дѣленія были сдѣланы попытки раздѣлить опухоли на группы на основаніи характера ихъ развитія.

Такой попыткой является предложеніе *Lubarsch*'а (1901) раздѣлить опухоли на три группы. Къ первой группѣ *Lubarsch* причисляетъ такія образованія, которыя отличаются отъ основной ткани расположеніемъ своихъ гистологическихъ эле-

---

[1]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. p. 178.

[2]) *Fischer und Zieler*. Pathologie der Angiome. A. Hämangiom. L.O.E. 1906. X. p. 823.

ментовъ, но которыя не обладаютъ никакимъ или лишь преходящимъ ростомъ. Часть относящихся сюда образованій представляетъ собою лишь неправильно расположенныя ткани какого-нибудь участка организма и какъ таковыя не должны причисляться къ новообразованіямъ sensu stricto. Къ первой группѣ *Lubarsch* относитъ, напримѣръ, врожденныя родимыя пятна (naevi congeniti), каверномы печени и др. Ко второй группѣ *Lubarsch*'а относятся такія опухоли, которыя по своему строенію и росту представляются автономными, независимыми. Онѣ растутъ медленно, иногда съ перерывами, но всегда ростъ ихъ ограниченный: въ концѣ концовъ ростъ такихъ опухолей останавливается и наступаетъ ихъ обратное развитіе. Къ этой группѣ *Lubarsch* причисляетъ между другими опухолями и большинство гемангіомъ. Наконецъ, къ третьей группѣ *Lubarsch* относитъ злокачественныя опухоли (раки, саркомы), отличающіяся неограниченнымъ и безпорядочнымъ ростомъ.

Классификація опухолей, предложенная *Lubarsch*'емъ, представляетъ собою интересную попытку разграничить обширный классъ опухолей на группы, практическаго же примѣненія для болѣе точнаго разграниченія отдѣльныхъ видовъ новообразованій она не имѣла.

Значительно большее значеніе въ выясненіи вопроса о гемангіомахъ имѣло ученіе *E. Albrecht*'а, который исключилъ изъ класса новообразованій всѣ тканевыя уродства. Подъ послѣдними *Albrecht* подразумѣвалъ такія отклоненія отъ нормальнаго строенія органовъ и тканей, которыя являются послѣдствіемъ различнаго рода неправильностей при внутриутробномъ образованіи ихъ. Эти „geschwulstartige Fehlbildungen" *Albrecht* предложилъ (1904) назвать „*гамартомами*" (ἁμαρτάνω—ошибаюсь, удаляюсь, не попадаю). Пользуясь номенклатурой *Albrecht*'а, *Borst* (1909 и 1911) причислилъ къ гамартомамъ слѣдующія сосудистыя опухоли: большинство телеангіэктазій (naevus vasculosus, haemangioma fissurale, haemangioma nervosum, naevus cavernosus, angioma hypertrophicum), большинство кавернозныхъ ангіомъ (печени, селезенки, кишекъ и мозга) и angioma racemosum.

Какъ мы видѣли выше (стр. 33), истинными гемангіомами являются, по *Borst*'у, лишь немногія образованія. От-

носительно гемангіомъ яйцевыхъ оболочекъ, которыя прежде *Borst* причислялъ къ истиннымъ новообразованіямъ, въ последнее время онъ высказывается уже менѣе рѣшительно и приводитъ также мнѣніе *H. Albrecht*'а, причислившаго ихъ къ гамартомамъ, и *Graefenberg*'а, признавшаго ихъ за ангіэктазіи.

Подводя итогъ всѣмъ вышеприведеннымъ воззрѣніямъ современныхъ авторовъ на гемангіомы, мы должны вывести заключеніе, что, въ виду разнообразія взглядовъ, существующихъ въ настоящее время по данному вопросу, невозможно получить однообразное и ясное представленіе о томъ, что такое представляютъ собою гемангіомы.

Прежде всего существуетъ коренное противорѣчіе въ отвѣтахъ на вопросъ, являются ли гемангіомы новообразованіями или же нѣтъ. Столь существенныя разногласія объясняются главнымъ образомъ тѣмъ, что до сихъ поръ еще не выяснена сущность вообще опухолей, называемыхъ нѣкоторыми авторами новообразованіями, бластомами. Отсутствіе общепринятаго точнаго опредѣленія, что такое „опухоль“ или, что такое „новообразованіе“, лишаетъ насъ возможности въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ дать опредѣленный отвѣтъ, является ли тотъ или другой патологическій наростъ ткани опухолью, новообразованіемъ, или же нѣтъ. Такъ, напримѣръ, рядъ авторовъ (*Albrecht*, *Borst*, *Bard* и др.) выдѣляютъ гамартомы изъ отдѣла истинныхъ опухолей, тогда какъ, напримѣръ, *Ribbert* рѣшительно высказывается противъ такого выдѣленія. Между тѣмъ, въ то же время всѣ эти авторы согласны въ томъ, что весьма многія гемангіомы какъ разъ являются такими „гамартомами“, то есть являются послѣдствіями различныхъ неправильностей внутриутробнаго развитія организма.

Выше было указано, что взгляды авторовъ на строеніе и этіологію тѣхъ образованій, которыя всѣми изслѣдователями причисляются къ гемангіомамъ, существенно разнятся другъ отъ друга. Поэтому не удивительно, что и до сихъ поръ не удалось найти для простыхъ и кавернозныхъ гемангіомъ не только общепринятое *опредѣленіе*, но даже ихъ удовлетворительную *классификацію*.

Старое *опредѣленіе* гемангіомъ, данное *Virchow*'ымъ и признаваемое еще многими современными авторами, въ цѣломъ кажется мнѣ непріемлемымъ. Первая половина ученія *Virchow*'а, по которому ангіомы состоятъ главнымъ образомъ изъ новообразованныхъ сосудовъ („wesentlich aus neugebildeten Gefässen“ [1]), легла въ основу опредѣленій этихъ опухолей, приводимыхъ всѣми тѣми авторами, которые настаиваютъ на новообразовательномъ характерѣ гемангіомъ (*Birch-Hirschfeld*, *Duplay и Cazin*, *Borst* и др.). Вторая же половина ученія *Virchow*'а, по которому ангіомы могутъ состоять изъ сосудовъ „mit neugebildeten Elementen in der Wand“ [2]), также раздѣляется многими современными патологоанатомами. Между тѣмъ, наличность „новообразованныхъ тканевыхъ элементовъ въ стѣнкахъ сосудовъ“, по моему мнѣнію, не можетъ считаться характернымъ признакомъ гемангіомъ, такъ какъ новообразованіе элементовъ сосудистой стѣнки наблюдается въ цѣломъ рядѣ патологическихъ процессовъ, ничего общаго съ гемангіомами не имѣющихъ. Къ такимъ процессамъ относятся всевозможнаго характера воспалительные и гипертрофическіе процессы, а также патологическія измѣненія, въ которыхъ новообразованіе тканевыхъ элементовъ въ стѣнкахъ сосудовъ ведетъ къ развитію самостоятельныхъ, но не сосудистыхъ, опухолей (міомы, фибромы и т. п.). Поэтому я полагаю, что вторая часть опредѣленія гемангіомъ, даннаго *Virchow*'ымъ, должна быть совершенно исключена.

Первая часть ученія *Virchow*'а о гемангіомахъ совершенно отвергается только *Bard*'омъ, по краткому опредѣленію котораго гемангіомы представляютъ собой расширенія капилляровъ. Этотъ же авторъ, какъ мы видѣли, совершенно исключилъ гемангіомы изъ класса истинныхъ новообразованій. Несомнѣнно, что опредѣленіе гемангіомъ, сдѣланное *Bard*'омъ, представляется одностороннимъ и не находится въ соотвѣтствіи съ цѣлымъ рядомъ провѣренныхъ фактовъ, напримѣръ, съ фактомъ новообразованія сосудовъ въ

---

[1]) V. p. 308.

[2]) ibidem.

простыхъ гемангіомахъ. Не подтвердилось также наблюденіе *Bard*'а, по которому въ периферическихъ частяхъ кавернозныхъ гемангіомъ печени всегда наблюдается переходъ расширенныхъ капилляровъ печени въ кавернозныя полости. На основаніи сказаннаго, я полагаю, что опредѣленіе гемангіомъ, данное *Bard*'омъ, характеризуетъ не эти опухоли, а именно тѣ образованія, которыя лишь очень похожи на гемангіомы, но въ сущности должны быть выдѣлены изъ ихъ разряда.

Нѣкоторые авторы (*Broca*, *Mauclaire u de Bovis* и др.) пытались дать такое опредѣленіе гемангіомъ, которое могло бы примирить существующія противорѣчія по данному вопросу. По ученію этихъ авторовъ (стр. 27), въ гемангіомахъ одновременно наблюдается и новообразованіе сосудовъ, и ихъ расширеніе. Вопросъ о томъ, является ли гемангіома новообразованіемъ, или нѣтъ, названные авторы оставляютъ открытымъ. Такого же характера воззрѣнія на гемангіомы проводятся и другими авторами, напримѣръ, *Quénu*, помѣстившимъ въ „Traité de chirurgie" гемангіомы въ видѣ „appendice aux tumeurs", и *Ziegler*'омъ, называвшимъ ихъ опухолеподобными образованіями.

Вопросъ объ *этіологіи* гемангіомъ, какъ указано было выше, также еще не получилъ своего разрѣшенія. *Ribbert* далъ однообразное объясненіе происхожденію всѣхъ гемангіомъ. По мнѣнію этого автора, гемангіома представляетъ собою самостоятельно разрастающійся сосудистый участокъ, получившій эту самостоятельность въ большинствѣ случаевъ уже во время внутриутробнаго развитія организма. Другими словами, всѣ гемангіомы, по *Ribbert*'у, принадлежатъ къ тканевымъ уродствамъ. Такого же мнѣнія держатся *Mauclaire u de Bovis*, а также отчасти *Bard* (стр. 27 и 33). Въ пользу приведеннаго взгляда на этіологію гемангіомъ *Ribbert*'а и другихъ, только что названныхъ авторовъ, говоритъ врожденное происхожденіе большинства гемангіомъ, на что указалъ еще *Wardrop*. Другіе изслѣдователи (*Ziegler*, *Никифоровъ*, *Borst*, *Schmaus*, *Unna*, *Duplay u Cazin*) допускаютъ происхожденіе гемангіомъ изъ пороковъ развитія лишь для одной части этихъ опухолей. По ихъ ученію, происхожденіе

другой части гемангіомъ пріобрѣтеннаго характера, напримѣръ, вслѣдствіе застоя крови, вліянія нервной системы, травмъ и т. п.

Что касается *классификаціи* гемангіомъ, то здѣсь мы также наталкиваемся на цѣлый рядъ разногласій, которыя возникаютъ прежде всего вслѣдствіе того, что до сихъ поръ мы не имѣемъ опредѣленной точки зрѣнія на сущность патологическихъ образованій, называемыхъ гемангіомами. Кромѣ того сколько-нибудь точная классификація едва ли и возможна, такъ какъ въ природѣ никогда не бываетъ тѣхъ рѣзкихъ границъ, которыя пытается установить наука при помощи своихъ дѣленій. Изреченіе „natura non facit saltus" имѣетъ значеніе при установленіи всякой научной классификаціи. При изученіи опухолей вообще и гемангіомъ въ частности, мы особенно часто встрѣчаемся съ великимъ множествомъ переходныхъ формъ, относительно которыхъ подчасъ бываетъ невозможно рѣшить, къ которой изъ установленныхъ категорій опухолей нужно отнести тотъ или другой случай. Изученіе сосудистыхъ опухолей показываетъ, что существуютъ несомнѣнныя переходныя формы между даже наиболѣе различными по гистологическому строенію подвидами гемангіомъ—между простыми и кавернозными. Одинъ лишь *Unna* отрицаетъ возможность такихъ переходовъ. Другіе авторы (*Hansemann*, *Jores* и др.), наоборотъ, допускаютъ возможность существованія переходныхъ формъ не только между отдѣльными видами, но даже между различными классами новообразованій, между доброкачественными и злокачественными опухолями. Такъ, напримѣръ, *Hansemann* приводитъ случаи всевозможныхъ переходныхъ формъ отъ гемангіомъ къ саркомамъ.

Стремясь внести извѣстный порядокъ въ запутанное описаніе патологической анатоміи гемангіомъ, каждый почти авторъ со времени *Virchow*'а, при изложеніи спорныхъ пунктовъ патологіи гемангіомъ, считалъ своимъ долгомъ внести хотя-бы какую-нибудь поправку въ классификацію этихъ опухолей или же стремился исключить изъ разсмотрѣнія какой-либо видъ этихъ образованій. Такъ, напримѣръ, были исключены изъ разряда гемангіомъ и причислены къ варикознымъ расширеніямъ венъ (phlebectasia an-

giomatosa, phlebectasia cavernosa по *Thorel*'ю) [1]) геморроидальныя шишки, varicocele и другія образованія, собранныя *Virchow*'ымъ подъ названіями angioma venosum s. varicosum s. anale и причисленныя имъ къ гемангіомамъ. Особенно большія разногласія возбудили геморроидальныя шишки, которыя и въ самое послѣднее время нѣкоторыми авторами (*Lubarsch*, *Reinbach*, *Gunkel*, *Meinzer* и др.) вновь причислены къ гемангіомамъ. Однако, подробныя изслѣдованія *Суетинова*, *Ruediger-Rydygier*'а и др. вполнѣ подтвердили мнѣніе большинства врачей, начиная съ *Гиппократа*, что haemorrhoides nihil aliud sunt, quam varices venarum ani. *Virchow* также приводитъ это изреченіе, но, тѣмъ не менѣе, причислялъ varices къ гемангіомамъ.

Послѣдующими авторами были исключены изъ разряда гемангіомъ, такъ называемыя, венозныя рацемозныя ангіомы, впервые выдѣленныя *Virchow*'ымъ въ особую группу и также имъ причисленныя къ гемангіомамъ. Къ сожалѣнію, въ современныхъ руководствахъ патологической анатоміи (*Ziegler*. *Borst*. *Ribbert*. *Никифоровъ* и др.) объ этихъ образованіяхъ обычно совсѣмъ ничего не говорится. Между тѣмъ, представляло бы значительный интересъ придти къ какому-либо выводу относительно сущности этихъ „венозныхъ рацемозныхъ ангіомъ“. Въ послѣднее время подобные патологическіе процессы, именно венъ мозговыхъ оболочекъ, были описаны преимущественно хирургами (*Krause* и др.). Сходство венозныхъ рацемозныхъ ангіомъ съ такими же измѣненіями артеріальной системы, описываемыми, какъ артеріальныя рацемозныя ангіомы, наводитъ на мысль о существованіи одинаковыхъ причинъ появленія такихъ своеобразныхъ сосудистыхъ опухолей. Между тѣмъ, артеріальныя рацемозныя ангіомы причисляются почти всѣми авторами къ гемангіомамъ. Даже *Borst* допускаетъ, что артеріальная рацемозная ангіома является, хотя и въ очень рѣдкихъ случаяхъ, истиннымъ новообразованіемъ: „eine echte Geschwulst“ [2]).

---

1) *Thorel*. Pathologie der Kreislauforgane. In L.O.E. 1907. XI. 2. p. 513.

2) *Borst*. Geschwulstlehre. p. 176.

Наконецъ, исключены изъ отдѣла гемангіомъ костныя аневризмы, относительно которыхъ еще *Virchow* сомнѣвался въ ихъ принадлежности къ сосудистымъ новообразованіямъ.

Однако, несмотря на исключеніе изъ числа гемангіомъ всѣхъ выше перечисленныхъ образованій, все же осталось еще значительное количество такихъ патологическихъ процессовъ, которые одними авторами причисляются къ гемангіомамъ, а другими безусловно исключаются изъ числа этихъ опухолей. Къ такимъ процессамъ относится новообразованіе сосудовъ при различныхъ опухоляхъ, напримѣръ, при ракахъ печени *(Bascho)*[1], при гліоматозѣ *(Schüle)*[2], новообразованіе сосудовъ при различныхъ воспаленіяхъ *(Wedl u Bock*[3]), *Khautz*[4]) и др.), расширенія венъ кишечника *(Mac-Callum*[5]), *Ohkubo*[6]) и др.) и т. д.

Литература. 1863. **Virchow.** l. c. — 1865. **Foerster.** Handbuch der path. Anatomie I. — 1869. **Lücke.** Die Lehre von den Geschwülsten in anatomischer u. klin. Beziehung. in Pi. B. II/1.—1878. **Пашутинъ.** Лекціи общей патологіи. — 1894. **Mainzer.** Histol. Beiträge zur Entstehung u. Structur der Hämorrhoidalknoten. J. D. Würzburg. — 1894. **Mathez.** Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés. Thèse. Paris. — 1896. **Birch-Hirschfeld.** Lehrbuch der pathologischen Anatomie. X. Auflage. I. — 1896. **Mauclaire et de Bovis.** Les angiomes. Bibl. médicale Charcot-Debove. — 1897. **Quénu.** Des tumeurs. In D. R. I. — 1899. **Bard.** Précis d'anatomie pathologique.—1900. **Aschoff.** Geschwülste. In L. O. E. V.—1901. **Cornil et Ranvier.** Manuel d'histologie générale.—1901. **Lubarsch.** Geschwülste. In L. O. E. VI. —1902. **Langhans.** Grundriss der pathol. Anatomie.—1902. **Borst.** Die Lehre von den Geschwülsten. Angiom. Bd. I. — 1903. **Duplay et Cazin.** Les

---

1) *Bascho.* Ein Fall von starkzystischem, Papillen bildenden primären Adenokarzinom der Leber etc. F. Z. III/1. p. 242—261.

2) *Schüle.* Zur Lehre von den Spalt-u. Tumorenbildungen des Rückenmarks. D.Z.N. 1897. XI. см. Flatau, Jacobsohn u. Minor. Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 1904. p. 291.

3) *Wedl u. Bock.* Lehrbuch der path. Anatomie des Auges. 1886. см. Axenfeld. L.O.E. I/4. p. 85.

4) *Khautz.* Ueber angiomatöse Muskelschwielen. W. kl.W. 1908. № 3.

5) *Mac-Callum.* Multiple cavernous haemangiomata of the intestinum. Johns H.H.B. 1906. August. см. C. Chir. p. 1368—1369.

6) *Ohkubo.* Ueber multiple cavernöse Hämangiome im Darme. M. m. W. 1907. № 44. p. 2189—2190.

tumeurs. Bibl. de chir. contemp. de Ricard et Rochard. — 1904. **Schmaus.** Grundriss der pathol. Anatomie. —1904. **Albrecht.** Über Hamartome. P. G. VII.—1904. **Ribbert.** Geschwulstlehre.—1904/5. **Fischer u. Zieler.** Pathologie des Angioms. L.O.E. X.—1905. **Ziegler.** Allgemeine Pathologie. — 1907. **Thorel.** Pathologie der Kreislauforgane. L.O.E. XI/2. — 1908. **Ruediger-Rydygier jr.** Beitrag zur pathologisch-anatomischen Untersuchuug der Hämorrhoiden. D.Z. Chir. Bd. 91. p. 491—523.—1908. **Ribbert.** Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. — 1909. **König-Hildebrand.** Allgemeine Chirurgie. — 1909. **Никифоровъ.** Основы патологической анатомiи. Москва. — 1909. **Albrecht.** Zur Einteilung der Geschwülste. F.Z. III.— 1909. **Borst.** Das pathologische Wachstum. In Pathologische Anatomie. herausg. v. Aschoff. I. Erste Auflage. — 1911. **Borst.** Ibidem. Zweite Auflage.

Часть вторая.

СТАТИСТИЧЕСКІЯ СВѢДѢНІЯ О ГЕМАНГІОМАХЪ И ОПИСАНІЕ ИЗВѢСТНЫХЪ ВЪ ЛИТЕРАТУРѢ СЛУЧАЕВЪ ГЕМАНГІОМЪ ПО ОРГАНАМЪ ЧЕЛОВѢКА.

ГЛАВА IV.

Статистическія свѣдѣнія о гемангіомахъ.

Частота нахожденія и распредѣленіе гемангіомъ по возрасту и полу. Травматическія гемангіомы.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію собранныхъ мною литературныхъ данныхъ о гемангіомахъ, я считаю не лишнимъ коснуться имѣющихся въ медицинской литературѣ статистическихъ свѣдѣній какъ о частотѣ нахожденія гемангіомъ вообще, такъ и о распредѣленіи ихъ по возрасту и полу лицъ, страдавшихъ ими.

Статистика опухолей вообще составляется преимущественно хирургами или патолого-анатомами.

На основаніи статистическихъ данныхъ хирурговъ можно лишь судить о томъ, какъ часто встрѣтились опухоли среди лицъ, обращавшихся въ соотвѣтствующія хирургическія учрежденія. Между тѣмъ, въ послѣднія попадаютъ обыкновенно люди или съ быстро растущими опухолями, которыя оказываются въ большинствѣ случаевъ злокачественными, или же люди съ такими образованіями, которыя почему бы то ни было являются причиной значительныхъ неудобствъ. Среди послѣднихъ образованій не злокачественныя опухоли встрѣчаются также чрезвычайно рѣдко. Большинство людей съ доброкачественными опухолями никуда не обращаются, поэтому такія опухоли обычно совсѣмъ не попадаютъ въ регистрацію.

Статистическія данныя патолого-анатомовъ также имѣютъ сравнительно лишь небольшое значеніе для выясненія

вопроса о частотѣ нахожденія у человѣка доброкачественныхъ опухолей. Дѣло въ томъ, что вскрытія умершихъ производятся обыкновенно съ опредѣленной цѣлью, именно съ цѣлью установить причину смерти. Между тѣмъ, доброкачественныя опухоли только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ являются причиной смертельнаго исхода. Поэтому нахожденіе доброкачественныхъ опухолей патолого-анатомами носитъ въ большинствѣ случаевъ лишь случайный характеръ. Къ тому же нерѣдко эти опухоли при вскрытіяхъ просматриваются.

Изъ сказаннаго ясно, почему въ имѣющихся статистическихъ работахъ предметомъ изслѣдованія являются главнымъ образомъ злокачественныя новообразованія.

Значительно болѣе скудными и далеко недостаточными являются имѣющіяся въ медицинской литературѣ статистическія свѣдѣнія о частотѣ доброкачественныхъ опухолей вообще и гемангіомъ въ частности. Эти свѣдѣнія даже и съ приблизительной точностью не позволяютъ судить о распространеніи интересующихъ насъ образованій среди народонаселенія.

Въ большинствѣ руководствъ по патологической анатоміи и по онкологіи (*Virchow*, *Lücke*, *Orth*, *Ziegler*, *Borst*, *Ribbert* и др.) вопросъ о частотѣ доброкачественныхъ новообразованій обходится молчаніемъ. Одинъ лишь *Петровъ* (1910), касаясь возраста лицъ, у которыхъ были найдены опухоли, упоминаетъ, что „данныя о частотѣ доброкачественныхъ опухолей по возрастамъ не могутъ быть собраны въ сколько нибудь полную статистику, ибо громадное большинство людей, страдающихъ ими, ни къ какимъ врачамъ не обращается“ [1]).

Тѣмъ не менѣе, для полноты литературнаго обзора, въ нижеслѣдующемъ мною приводятся изъ доступной мнѣ литературы статистическія свѣдѣнія о частотѣ нахожденія опухолей вообще и гемангіомъ въ частности. Интересныя свѣдѣнія о частотѣ опухолей вообще имѣются въ работахъ *Gurlt*'а, *Schlesinger*'а, *Тихова* и *Steinhaus*'а, а также въ руководствѣ *Prinzing*'а.

Gurlt (1880) собралъ необходимыя статистическія свѣ-

---

[1]) *Петровъ*. Общее ученіе объ опухоляхъ. 1910. р. 25.

дѣнія объ опухоляхъ у тѣхъ паціентовъ, которые находились на излеченіи въ трехъ большихъ больницахъ Вѣны (въ двухъ за 24 года, въ одной за 14 лѣтъ). Оказалось, что больныхъ съ опухолями было 9,27% [1]). *Schlesinger* (1898) просмотрѣлъ протоколы 35000 вскрытій, произведенныхъ въ Вѣнѣ, и отмѣтилъ, что опухоли были найдены у 6540 умершихъ (15,8%). *Тиховъ* (1900) обработалъ амбулаторный матеріалъ казанской хирургической клиники за 35 лѣтъ, причемъ лицъ съ опухолями оказалось всего 7%. *Steinhaus* (1909) воспользовался протоколами вскрытія брюсельской больницы St. Jean за 20 лѣтъ (1888—1907) и установилъ, что умершихъ съ опухолями было 7,98%.

Такимъ образомъ мы видимъ, что цыфровыя данныя частоты заболѣванія опухолями, полученныя на амбулаторномъ, стаціонарномъ и секціонномъ большомъ матеріалѣ, колеблются въ предѣлахъ отъ 7% до 15,8%.

Въ главѣ, посвященной *Prinzing*'омъ (1906) вопросу о причинахъ смертности въ различныхъ европейскихъ государствахъ, имѣются указанія и на опухоли. Оказывается, что на 100.000 народонаселенія умираютъ отъ опухолей въ среднемъ въ Италіи (1891—1900)—48 человѣкъ, въ Австріи (1891—1900)—64, въ Германіи (1892—1901)—68, въ Шотландіи (1891—1900)—74, въ Англіи (1891—1900)—76, въ Голландіи (1891—1902)—94 и въ Швейцаріи (1891—1900)—124 человѣка [2]).

Отмѣчу, что цыфровыя данныя Италіи и Австріи исключительно относятся къ злокачественнымъ новообразованіямъ. Въ остальныхъ государствахъ подъ рубрикой: „опухоли“ обыкновенно также отмѣчаются почти исключительно смертельные исходы, обусловленные ракомъ или саркомой. Кромѣ того самъ авторъ указываетъ на неточность многихъ изъ приводимыхъ имъ цифръ. „Die Ziffern für Neubildungen“, говоритъ *Prinzing*, „sind in manchen Staaten unvollständig“ [3]).

Количественное соотношеніе между добро- и злокачественными опухолями вычислялось на больничномъ и секці-

[1]) *Тиховъ*, цитируя *Gurlt*'а, ошибочно приводитъ 3%.

[2]) *Prinzing*. Handbuch der medizinischen Statistik. 1906. p. 368.

[3]) *Prinzing*. l. c. p. 369.

онномъ матеріалѣ различными авторами. При этомъ многіе изслѣдователи распредѣляли свой матеріалъ на слѣдующія три группы: на опухоли злокачественныя, сомнительныя (*Gurlt*, *Тиховъ*) или смѣшанныя (*Гейнацъ*) *(?)*, и доброкачественныя. Къ злокачественнымъ относятся раки и саркомы. Подъ сомнительными или смѣшанными различные авторы подразумѣвали разнообразнаго строенія опухоли. *Gurlt* отнесъ къ нимъ лимфомы, аденомы, миксомы, а также цѣлый рядъ другихъ опухолей (всего 550 случаевъ), о гистологическомъ характерѣ которыхъ онъ ничего не говоритъ. *Тиховъ* причислилъ къ данной группѣ слѣдующія новообразованія: epulis, хондромы, нейромы, миксомы и гліомы, а *Гейнацъ*: энхондромы, миксомы, цилиндромы, эндотеліомы и злокачественныя лимфомы. Къ третьей группѣ вышеупомянутые авторы причислили всѣ остальныя доброкачественныя опухоли (фибромы, липомы, ангіомы и т. д.).

Въ таблицѣ I приведено распредѣленіе на группы онкологическаго матеріала, собраннаго шестью авторами.

Таблица I.

Годъ	Авторъ	Доброкачественныя опухоли		Злокачественныя опухоли		Смѣшан. и сомнительн. опухоли	
		Число	%	Число	%	Число	%
1876	*Billroth*	462	27,8	1107	62,2	—	—
1880	*Gurlt*	3536	21,2	12025	72,8	1076	6,0
1890	*Rapok*	129	19,3	540	80,7	--	—
1900	*Тиховъ*	1159	56,4	824	39,8	78	3,8
1903	*Гейнацъ*	716	37,6	1140	60,0	46	2,4
1909	*Steinhaus*	33	7,4	411	92,6	—	—
	Итого	6035	25,9	16047	69	7200	5,1

Изъ данныхъ таблицы I видно, что, по *Gurlt*'у, доброкачественныя опухоли составляютъ немного болѣе ¹/₅ всѣхъ наблюдающихся опухолей. По другимъ же изслѣдователямъ, располагавшимъ значительно меньшимъ, чѣмъ *Gurlt*, матеріаломъ, процентъ доброкачественныхъ опухолей оказы-

вается значительно большимъ. По *Тихову*, напримѣръ, эти опухоли составили даже 56,4% всѣхъ случаевъ.

Въ таблицѣ II представлено количественное отношеніе какъ между опухолями вообще и гемангіомами, такъ и между этими послѣдними и доброкачественными опухолями.

Таблица II.

Годъ	Авторъ	Число опухолей вообще	Число доброкачественныхъ опухолей	Число гемангіомъ	Процентное отношеніе между гемангіомами и опухолями вообще	Процентное отношеніе между гемангіомами и доброкачеств. опух.
1874	*Wolff*	574	—	14	2,61	—
1876	*Billroth*	1533	426	101	6.59	23,7
1880	*Gurlt*	16637	3536	194*	1,16	5,32
1881	*Liebe*	343	—	22	6,41	—
1890	*Rapok*	669	—	35	5,23	—
1900	*Machol*	920	—	70	7.60	—
1900	*Würz*	714	—	53	7,42	—
1900	*Тиховъ*	2481	1159	48	2,00	4,14
1903	*Гейнацъ*	1906	716	68	3,54	9,5
1906	*Кулигинъ*	2235	—	63	2,82	—
1910	*Seidener*	925	—	25	2,70	—

На основаніи данныхъ таблицы II, въ которой помѣщены статистическія свѣдѣнія, представленныя одиннадцатью авторами, видно, что *гемангіомы встрѣчаются среди всѣхъ другихъ опухолей въ количествѣ отъ 1% до 7%*. Послѣ сложенія цыфровыхъ данныхъ всѣхъ приведенныхъ авторовъ оказалось, что изъ 47937 опухолей гемангіомъ было 693, т. е. 1,5%. *Среди доброкачественныхъ опухолей гемангіомы встрѣчаются въ среднемъ* въ *7% всѣхъ случаевъ*: по статистическимъ даннымъ *Billroth*'а, *Gurlt*'а, *Тихова* и *Гейнаца*—411 гемангіомъ на 5837 доброкачественныхъ опухолей. Больше всего гемангіомъ попалось *Billroth*'у—23,7% и меньше всего *Тихову*—4,14%. Незначительность послѣдней цифры объясняется тѣмъ, что *Тиховъ* представилъ статистику амбула-

*) Кавернозныя гемангіомы.

торнаго матеріала, среди котораго гемангіомы встрѣчаются вообще рѣдко.

При выясненіи вопроса о частотѣ нахожденія того или другого вида опухолей имѣетъ большое значеніе *возрастъ* больныхъ. Доброкачественныя опухоли, по мнѣнію большинства изслѣдователей, встрѣчаются предпочтительно въ молодомъ возрастѣ. По *Карок*'у, первая половина жизни (до 40 лѣтъ) даетъ 70% всего числа доброкачественныхъ опухолей и лишь 20% всего числа злокачественныхъ. Къ такимъ же выводамъ пришелъ и *Тиховъ*, по изслѣдованіямъ котораго первая половина жизни даетъ 82% всего числа доброкачественныхъ и только 19% всего числа злокачественныхъ опухолей. *Петровъ* также упоминаетъ, что доброкачественныя опухоли встрѣчаются чаще у людей молодого и средняго возраста. Иного мнѣнія держится *Гейнацъ*. Этотъ авторъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, указываетъ, что распредѣленіе доброкачественныхъ опухолей по возрасту соотвѣтствовало распредѣленію по возрасту здороваго населенія С. Петербурга. „Если отмѣчать“, говоритъ *Гейнацъ*, „не возрастъ, въ которомъ была сдѣлана операція, а тотъ возрастъ, когда впервые замѣчена опухоль, то отношеніе это мало измѣнится“. „Отсюда слѣдуетъ“, продолжаетъ тотъ же авторъ, „что люди всѣхъ возрастовъ подвержены одинаково доброкачественнымъ опухолямъ“ [1]). Для гемангіомъ, однако, большинствомъ авторовъ считается весьма характернымъ предпочтительное заболѣваніе въ молодомъ, даже дѣтскомъ возрастѣ. Такъ, напримѣръ, *Михайловъ* (1902) утверждаетъ, что сосудистыя опухоли даютъ почти половину (47,8%) общаго числа опухолей у дѣтей. Многіе авторы при этомъ указываютъ на врожденное происхожденіе огромнаго большинства гемангіомъ. Съ этимъ согласуются и статистическія данныя *Карок*'а и *Тихова*. Первый авторъ собралъ 35 гемангіомъ, изъ которыхъ 24 оказались врожденными, второй— 29 гемангіомъ, изъ которыхъ 5 были врожденными, а 11 были замѣчены у лицъ въ первый же годъ ихъ жизни.

Относительно частоты нахожденія различныхъ опухолей

---

[1]) *Гейнацъ*. Травматическія поврежденія, какъ причина новообразованій. В. Г. 1903. № 16. р. 371.

у лицъ того или другого *пола*, мнѣнія расходятся. Что касается рака, то, по *Prinzing*'у и *Петрову*, чаще заболѣваютъ, повидимому, женщины, у которыхъ нерѣдки раки половыхъ органовъ (матки и грудной железы). По *Петрову* же и доброкачественныя опухоли наблюдаются чаще у женщинъ.

Пользуясь статистическими данными ряда авторовъ, я представилъ въ видѣ таблицы III распредѣленіе по полу тѣхъ лицъ, у которыхъ имѣлись разнаго характера опухоли.

Таблица III.

Годъ	Авторъ	Общее число опухолей	Мужч.	Женщ.
1858	*M. d'Espine*	—	35 %	65 %
1859	*Weber*	—	64 %	36 %
1863	*Demme*	1145	58,5%	41,5%
1866	*Virchow*	—	45 %	55 %
1876	*Billroth*	2621	50,6%	49,4%
1880	*Gurlt*	16637	28,5%	71,5%
1890	*Rapok*	669	50,5%	49,5%
1900	*Тиховъ*	2481	65 %	35 %
1903	*Гейнацъ*	1860	48,7%	51,3%
1906	*Кулигинъ*	2235	58,3%	41,7%
1909	*Steinhaus*	444	50,9%	49,1%

Указанныя въ этой таблицѣ (III) данныя *M. d'Espine*, *Virchow*'а и *Steinhaus*'а патолого-анатомическаго характера, остальныя клиническаго (хирургическаго). Различія въ статистическихъ данныхъ у клиницистовъ зависятъ отъ того, были ли среди клиническаго матеріала у того или другого автора опухоли женскихъ половыхъ органовъ, или же нѣтъ. Если, напримѣръ, изъ числа опухолей, собранныхъ *Gurlt*'омъ, исключить опухоли женской половой сферы, то распредѣленіе оставшихся опухолей по полу больныхъ рѣзко измѣнится: мужчинъ, вмѣсто 28,5%, окажется 57%, женщинъ, вмѣсто 71,5%, — 43%. Кромѣ того при оцѣнкѣ статистическихъ данныхъ распредѣленія опухолей по полу нужно имѣть въ виду, что мужчины, въ общемъ, болѣе охотно об-

ращаются къ врачебной помощи, чѣмъ женщины.

Если вывести среднее изъ приведенныхъ выше въ процентахъ цыфръ, то окажется, что опухоли у мужчинъ встрѣчаются въ 50,5%, а у женщинъ въ 49,5% случаевъ. Другими словами, полъ, при заболѣваніи опухолями, большого значенія не имѣетъ. Исключеніе составляютъ, повидимому, лишь половые органы женщинъ, въ которыхъ опухоли развиваются значительно чаще не только чѣмъ въ половыхъ органахъ мужчинъ, но и вообще во всѣхъ остальныхъ органахъ того и другого пола. *Gurlt* по этому поводу пишетъ: „Die Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane machen fast die Hälfte aller überhaupt vorgekommenen Geschwülste aus“[1]).

Распредѣленіе доброкачественныхъ опухолей по полу заболѣвшихъ представлено въ видѣ таблицы IV, въ которой собраны тѣ скудныя свѣдѣнія, которыя я нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ.

Таблица IV.

Годъ	Авторъ	Общее число доброкач. опухол.	Число у мужч.	%	Число у женщ.	%
1880	*Gurlt*	3502	919	26	2583	74
1880	*Онъ же* (безъ опухолей половыхъ органовъ)	1756	854	49	902	51
1890	*Rapok*	129	60	47	69	53
1900	*Тиховъ*	499	318	64	181	36
1903	*Гейнацъ*	716	451	63	265	37
	Итого .	3100	1683	54	1417	46

И здѣсь громадное значеніе въ статистическихъ выводахъ имѣютъ заболѣванія половой сферы, преимущественно женской. Это видно лучше всего изъ цыфръ *Gurlt*'а. Оказывается, что въ матеріалѣ, опубликованномъ этимъ авторомъ, около ⅔ доброкачественныхъ опухолей у женщинъ локализи-

---

1) *Gurlt*. Beiträge zur chirurgischen Statistik. A. Chir. 1880. 25. p. 455.

ровались въ половыхъ органахъ (фибромы, кистомы). Если исключить послѣднія опухоли, то окажется, что относительно другихъ органовъ нельзя найти у мужчинъ или у женщинъ большаго предрасположенія къ даннымъ патологическимъ процессамъ. Что касается нахожденія *гемангіомъ* у мужчинъ и женщинъ, то большинство авторовъ прямо указываетъ, что сосудистыя опухоли чаще наблюдаются у *женщинъ*. Впрочемъ, относительно наружныхъ гемангіомъ *Winiwarter* высказалъ мнѣніе, что онѣ значительно чаще обращаютъ на себя вниманіе женщинъ, чѣмъ мужчинъ, такъ какъ такія опухоли для первыхъ являются крайне непріятнымъ косметическимъ недостаткомъ. По *Schmidt*'у (1905), по которому я цитирую это мнѣніе *Winiwarter*'а, у женщинъ чаще находятъ гемангіомы, развитіе которыхъ является слѣдствіемъ вліянія наступленія половой зрѣлости.

Статистическія свѣдѣнія о распространеніи *гемангіомъ* по *полу* заболѣвшихъ очень незначительны. Большинство данныхъ пріурочивается къ частотѣ нахожденія гемангіомъ въ какихъ либо опредѣленныхъ органахъ. Изъ общихъ же статистическихъ данныхъ я приведу въ таблицѣ V цыфровыя данныя слѣдующихъ трехъ авторовъ: *Zieclewitz*'а, *Gurlt*'а и *Тихова*. Добавлю, что *Gurlt* имѣлъ въ виду исключительно кавернозныя гемангіомы.

Таблица V.

Годъ	Авторъ	Общее число геманг.	Число геманг. у мужч.	Число геманг. у женщ.
1876	*Zieclewitz*	165	100	65
1880	*Gurlt*	194	79	115
1890	*Тиховъ*	25	9	16
	Итого .	384	188	196

На основаніи столь незначительнаго числа гемангіомъ, нѣтъ, конечно, возможности высказаться опредѣленно о томъ, насколько большинство авторовъ право, говоря, что гемангіомы чаще наблюдаются у женщинъ.

Въ заключеніе я еще упомяну объ имѣющихся въ медицинской литературѣ статистическихъ данныхъ о *травматическихъ опухоляхъ* вообще и *травматическихъ гемангіомахъ* въ частности.

Предположеніе, что травма можетъ явиться поводомъ къ образованію опухоли было впервые высказано въ XVII столѣтіи голландцемъ *Boerhave*. Съ того времени появилось громадное количество работъ, посвященныхъ вопросу о травматическомъ происхожденіи опухолей, и *Loewenthal* (1895),

Таблица VI.

Годъ	Авторъ	Опухоли вообще			Доброкач. опухоли		
		Число опухолей	Число травмат.	%	Число доброкач.	Число травмат.	%
1874	*Wolff* по Гейнацу	462	68	14,4	18	6	33%
	Wolff по Seidener'у	574	82	14,3	—	—	—
1881	*Liebe*	343	37	10,8	—	—	—
—	*Fischer* *)	63 сарк.	1	1,6	—	—	—
1890	*Rapok*	922	129	13,9	—	—	—
1895	*Ziegler* *)	499	214	42,9	—	—	—
1897	*Boas* *)	62	9	14,5	—	—	—
1898	*Coley* *)	170 сарк.	46	27,0	—	—	—
1899	*Lengnik*	579	31	5,3	—	—	—
	по Петрову	—	12	2,0	—	—	—
1900	*Würz*	713	19	2,6	129	3	2,3
1900	*Machol*	920	24	2,6	277	5	1,8
1900	*Kempf*	1767	45	2,5	—	—	—
1901	*Ruff*	242	10	4,1	—	—	—
1903	*Гейнацъ*	1906	233	12,2	716	39	5,4
1905	*Röpke* *)	800 раковъ	—	2,0	—	—	—
		189 саркомъ	—	10,0	—	—	—
1906	*Löwenstein* *)	489 сарк.	—	4,0	—	—	—
		Въ среднемъ .	—	13,3	1140	53	4,6

*) Звѣздочкой отмѣчены авторы, изучавшіе исключительно злокачественныя опухоли.

напримѣръ, цитируетъ 360 авторовъ, писавшихъ по этому поводу, и приводитъ изъ литературы около 800 „травматическихъ“ опухолей.

Большинство авторовъ допускаетъ возможность связи между травмой и образованіемъ опухолей, особенно злокачественныхъ (*Петровъ*, *Гейнацъ* и др.). Поэтому большинство статистическихъ работъ и посвящено выясненію вопроса о связи между травмой и развитіемъ именно злокачественныхъ опухолей. Въ таблицѣ VI (стр. 61) приведены свѣдѣнія о частотѣ нахожденія „травматическихъ“ опухолей вообще и доброкачественныхъ опухолей травматическаго происхожденія въ частности.

Изъ данныхъ таблицы VI можно сдѣлать выводъ, что, въ среднемъ, въ 13% развитіе опухолей происходитъ подъ вліяніемъ травмы. Въ доброкачественныхъ опухоляхъ такая связь наблюдалась значительно рѣже—всего въ 4,6% всѣхъ случаевъ.

Хотя имѣются указанія нѣкоторыхъ авторовъ на гемангіомы „травматическаго“ происхожденія, однако, такія указанія не многочисленны. Такъ, *Löwenthal* среди 800 травматическихъ опухолей нашелъ пять гемангіомъ (0,6%), изъ которыхъ четыре появились послѣ паденія, а одна послѣ пораненія. *Seidener*, кромѣ собственнаго случая „травматиче-

Таблица VII.

Годъ	Авторъ	Число опухол. вообще	Число гемангіомъ	Число „травм.“ геманг.	% отношеніе травм. гем. къ общ. числу опухол.	% отношеніе травм. гем. къ числу геманг.
1874	*Wolff*	574	14	—	—	—
1881	*Liebe*	343	22	—	—	—
1890	*Rapok*	669	35	1	0,15	2,86
1900	*Machol*	920	70	1	0,18	1,43
1900	*Würz*	714	53	2	0,28	3,77
1903	*Гейнацъ*	1906	68	10	0,52	14,7
1910	*Seidener*	925	25	1	0,1	4,0
	Итого .	6051	287	15	0,24	5,2

ской ангіо-кавернозной опухоли", приводитъ еще подобные случаи изъ литературы (случаи *Duplay*, *Stamm*'а, *Bernheim*'а и *Voigt*'а).

Въ видѣ таблицы VII (стр. 62) представлены числовыя соотношенія между „травматическими" гемангіомами и какъ опухолями вообще, такъ и гемангіомами въ частности.

Изъ данныхъ этой таблицы (VII) слѣдуетъ, что „травматическія" гемангіомы составляли всего 0,24% всѣхъ изслѣдованныхъ опухолей и 5,2% всѣхъ изслѣдованныхъ гемангіомъ.

На основаніи всѣхъ выше приведенныхъ статистическихъ данныхъ слѣдуетъ, что гемангіомы являются *не частою находкою*. Онѣ составляютъ въ среднемъ отъ 2%—3% всѣхъ вообще опухолей и около 7% всѣхъ доброкачественныхъ опухолей. Несомнѣнно существуетъ связь между развитіемъ гемангіомъ и возрастомъ больныхъ: гемангіомы часто являются врожденными образованіями и обычно наблюдаются или въ дѣтскомъ, или же вообще въ молодомъ возрастѣ. Вопросъ о вліяніи пола на развитіе гемангіомъ въ виду незначительности статистическаго матеріала, остался открытымъ. Наконецъ, на основаніи статистическихъ данныхъ, повидимому, установлено, что существуютъ, хотя и очень рѣдко, такъ называемыя травматическія гемангіомы.

Болѣе подробныя свѣдѣнія, имѣющія отношеніе къ затронутымъ въ настоящей главѣ вопросамъ, будутъ представлены мною въ послѣдующихъ главахъ, именно при описаніи собранныхъ мною изъ литературы случаевъ гемангіомъ.

Литература. XVII стол. **Boerhave**. см. Гейнацъ. — 1858. **M. d'Espine.** Statistique mortuaire du canton de Genève 1838—1855. Echo médical. II. см. Gurlt. — 1859. **Weber**. Chirurgische Erfahrungen u. Untersuchungen. см. Lücke. — 1863. **Demme**. Schweiz. Zeitschr. f. Heilkunde. см. Lücke. — 1869. **Lücke**. Die Lehre von den Geschwülsten in anat. u. klin. Beziehung. In Pi.B.—1873. **Bernheim**. Zur Kasuistik der cavernösen Angiome. I.D. см. Seidener. — 1874. **Wolff**. Zur Entstehung der Geschwülste nach Trauma. I.D. см. Seidener. — 1876. **Zieclewitz**. Teleangiectasies et tumeurs caverneuses (по польски). см. M. B. — 1876. **Billroth**. In Pi.B. II/1. см. Rapok. — 1879. **Virchow**. Gesammelte Abhandlungen. I. см. Gurlt.—1880.

Gurlt. Beiträge zur chirurgischen Statistik. 1. Zur Statistik der Geschwülste. A. Chir. 25. p. 421—467.— 1881. **Liebe.** Beiträge zur Lehre von der traumatischen Entstehung der Sarcome u. Enchondrome. I. D. см. Гейнацъ. — 1885. **Fischer.** Über die Ursachen der Krebskrankheit. D. Z. Chir. XIV. см. Гейнацъ. — 1890. **Rapok.** Beitrag zur Statistik der Geschwülste. Unter besonderer Berücksichtigung der Aetiologie. mit Ausschluss der Cystengeschwülste und der Drüsenhyperplasien. D. Z. Chir. XXX. p. 465—543.— 1891. **Stamm.** Beitrag zur Lehre von den Blutgeschwülsten. I. D. Göttingen. —1892. **Winiwarter.** Die chir. Erkrankungen der Haut. см. Schmidt.—1893. **Voigt.** Ueber zwei Fälle von Angioma cavernosum. I. D. см. Seidener.— 1894. **Löwenthal.** Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. A. Chir. IL. см. V.I.B. 29.—1895. **Ziegler.** Ueber die Beziehungen der Traumen zu den malignen Geschwülsten. M. m. W. p. 621. — 1897. **Boas.** Ueber die Bedeutung von Traumen. D. m. W. p. 707. см. Гейнацъ. — 1898. **Schlesinger.** Beiträge zur Klinik der Rückenmarks-und Wirbeltumoren.— 1898. **Coley.** A. S. см. Гейнацъ. — 1899. **Lengnik.** Ueber den aetiologischen Zusammenhang zwischen Trauma u. Entstehung d. Geschwülste. D. Z. Chir. LII. см. Гейнацъ. — 1900. **Machol.** Die Entstehung von Geschwülsten im Anschluss an Verletzungen. I. D. Strassburg. см. Seidener. — 1900. **Тиховъ.** Къ ученію объ опухоляхъ. М. О. LIII. p. 81—91. — 1900. **Würz.** Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. I. D.; B. B. XXVI. см. Seidener и друг. — 1900. **Kempff.** Traumatische Aetiologie der malignen Tumoren. I. D. см. C. Chir. p. 1316. — 1901. **Ruff.** XI съѣздъ польскихъ хирурговъ. см. C. f. Chir. p. 1266. — 1902. **Михайловъ.** VIII Пироговскій съѣздъ. Соед. засѣд. отд. хир. и дѣтск. бол. 4. I. см. Р. В. № 7. p. 269. — 1903. **Гейнацъ.** Травматическія поврежденія, какъ причина новообразованій. В. Г. № 13, 14, 15 и 16. — 1905. **Schmidt.** Zur Kasuistik der Angiome des Gehirns. I. D. Giessen. — 1905. **Röpke.** Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Carcinome u. Sarkome. A. Chir. LXXVIII.— 1906. **Löwenstein.** Aetiologischer Zusammenhang zwischen einmaligem Trauma u. Sarkom. B. B. III. — 1906. **Prinzing.** Handbuch der medizinischen Statistik. — 1906. **Кулигинъ.** Къ статистикѣ новообразованій. Работы госп. хир. клин. проф. Дьяконова. XI. — 1909. **Steinhaus.** Statistique de la mortalité par cancer à l'hôpital St.-Jean de Bruxelles d'après les protocoles d'autopsies de la période de 1888 à 1907. Z.f.Kr. VIII 2. p. 206—238. — 1910. **Seidener.** Ueber einen seltenen Fall von angio-cavernösen Geschwülsten. I D. München. — 1910. **Петровъ.** Общее ученіе объ опухоляхъ. — **Duplay.** Angiome circonscrit du tissu cellulo-adipeux de la face dorsale de la main droite. см. Seidener.

ГЛАВА V.

Распредѣленіе собраннаго мною литературнаго матеріала.

За послѣднія 50 лѣтъ накопилось въ медицинской литературѣ громадное количество работъ, имѣющихъ своимъ предметомъ сосудистыя новообразованія въ различныхъ органахъ человѣческаго тѣла. Поэтому я принужденъ, по примѣру *Virchow*'а (1863) и *Mauclaire и de Bovis*'а (1896), разбить весь литературный матеріалъ на отдѣлы.

Выше было указано на отсутствіе точной и общепринятой гистологической классификаціи гемангіомъ и на наличность всевозможныхъ переходныхъ формъ между отдѣльными видами этихъ опухолей. Поэтому я отказался отъ мысли раздѣлить всѣ описанныя гемангіомы на группы исключительно на основаніи ихъ гистологическаго строенія.

Въ основу распредѣленія литературнаго матеріала мною положенъ слѣдующій принципъ.

Всѣ патолого-анатомическія описанія гемангіомъ выдѣлены въ особые отдѣлы соотвѣтственно нахожденію этихъ образованій въ различныхъ органахъ человѣческаго тѣла (гемангіомы кожи, костей, мышцъ, и различныхъ внутреннихъ органовъ). Нѣкоторые изъ этихъ отдѣловъ раздѣлены мною на подъотдѣлы, соотвѣтственно болѣе точной локализаціи гемангіомъ. Напримѣръ, гемангіомы кожи я подраздѣлилъ на таковыя головы, шеи, туловища и конечностей.

Кромѣ того, мною приведено описаніе такъ называемыхъ множественныхъ гемангіомъ.

Въ тѣхъ отдѣлахъ, которые посвящены болѣе рѣдкой локализаціи гемангіомъ, приводится по возможности полный списокъ авторовъ, описавшихъ рѣдкіе случаи гемангіомъ. Кромѣ того, для нѣкоторыхъ изъ этихъ отдѣловъ мною составлены таблицы тѣхъ случаевъ гемангіомъ, въ которыхъ былъ установленъ микроскопическій характеръ опухоли.

При изложеніи патологической анатоміи гемангіомъ особое вниманіе обращено на тѣ случаи, въ которыхъ было произведено микроскопическое изслѣдованіе. Въ тѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ послѣднее не было произведено, или свѣдѣнія о результатахъ микроскопическаго изслѣдованія остались для меня недоступными (даже въ рефератахъ), мною приведены фамиліи авторовъ лишь для полноты литературнаго отдѣла.

Въ каждомъ изъ отдѣловъ и подъотдѣловъ, получившихся благодаря выше указанному анатомическому дѣленію, для удобства изложенія сохранено, насколько это оказалось возможнымъ, обычное дѣленіе гемангіомъ на *простыя*, *кавернозныя* и *рацемозныя*. Послѣднія приводятся мною на томъ основаніи, что еще и въ настоящее время многіе авторы относятъ ихъ къ истиннымъ новообразованіямъ.

ГЛАВА VI.

Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки.

А. Общія замѣчанія о частотѣ нахожденія и о распредѣленіи наружныхъ гемангіомъ по областямъ тѣла и по полу и возрасту больныхъ.

Частота нахожденія наружныхъ гемангіомъ. Ихъ распредѣленіе на поверхности тѣла. Частота нахожденія гемангіомъ головы и, въ частности, лица. Классификація послѣднихъ по *Virchow*'у и по *Lamy*. Распредѣленіе наружныхъ гемангіомъ по полу и возрасту ихъ носителей. Старческія ангіомы. Распредѣленіе собраннаго казуистическаго матеріала.

По мнѣнію огромнаго большинства изслѣдователей, кожа и подкожная клѣтчатка являются излюбленными мѣстами локализаціи сосудистыхъ опухолей вообще. По *Depaul*'ю, гемангіомы кожи встрѣчаются у $^1/_3$ всѣхъ новорожденныхъ. По *Lebert*'у (1857), изъ 53 гемангіомъ, которыя ему пришлось наблюдать, 38, т. е. 71,7%, находились въ наружныхъ покровахъ. По *Mauclaire и de Bovis*'у (1896), *Porta* (1861) нашелъ гемангіомы въ кожѣ въ 66,9% всѣхъ изслѣдованныхъ имъ случаевъ этихъ опухолей (101 ангіома кожи на общее число 151). По *Trendelenburg*'у (1886) же, въ кожѣ локализировались всѣ 151 гемангіомы, описанныя *Porta*. Къ сожалѣнію, выяснить противорѣчіе между указаніями *Trendelenburg*'а и *Mauclaire и de Bovis*'а мнѣ не удалось, въ виду того, что оригиналъ работы *Porta* мнѣ не былъ досту-

пенъ. *Rapok* (1890), представившій статистическія свѣдѣнія о 669 опухоляхъ, наблюдавшихся въ страсбургской хирургической клиникѣ проф. *Lücke* съ 1880 по 1889 годъ, упоминаетъ о 35 гемангіомахъ, которыя всѣ локализировались въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ.

Такимъ образомъ, вышеприведенныя статистическія данныя подтверждаютъ мнѣніе авторовъ о значительной часто-

Таблица VIII.

Годъ	Авторъ	Общее число наружныхъ гемангіомъ	Распредѣленіе нар. геманг. по областямъ: Голова	%	Шея	%	Туловище	%	Конечности	%
1848	*Lebert*	38	26	—	—	—	—	—	—	—
1857	*Crisp*	45	35	77,0	—	—	—	—	—	—
1861	*Porta*	151	107	70,9	6	4	21	13,9	17	11,2
1867	*Weber*	26	21	80,7	—	—	—	—	—	—
1869	*Dibbern*	111	77	69,4	6	5,4	19	17,1	9	8,1
1870	*Boeckel*	29	22	75,9	—	—	—	—	—	—
1880	*Maas*	137	112	81,7	1	0,7	10	7,2	13	9,4
1882	*Heineke*	343	269	78,4	—	—	—	—	—	—
1886	*Trendelenburg*	245	170	69,8	—	—	—	—	—	—
1886	*Parker*	339	189	55,7	—	—	108	31,9	42	12,4
1889	*Gessler*	204	154	75,5	10	4,8	17	8,3	23	11,4
1890	*Rapok*	36	27	75,0	2	5,6	7	19,4	—	—
1895	*Lewis*	247	157	63,5	—	—	80	32,4	10	4,1
1900	*Machol*	70	46	65,7	10	14,3	5	7,2	9	12,8
1904	*Kramer*	174	73	42,0	9	5	49	28,1	22	12,5
	Итого .	2195	1485	67,6	44	2	316	14,4	145	6,6
	Сводныя статистики:									
1889	*Gessler*	1178	899	76,3	35	3	137	11,7	107	9,
1893 1905	*Hauenschild* *Schmidt*	1445	1049	77,0	40	3	151	11	108	9,2

тѣ гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки, которыя, въ отличіе отъ остальныхъ гемангіомъ, можно также называть „наружными“ гемангіомами.

Однако, уже давно подмѣчено авторами, что различныя области человѣческаго тѣла поражаются гемангіомами неодинаково. Въ таблицѣ VIII (стр. 68) мною приведены статистическія свѣдѣнія о локализаціи наружныхъ гемангіомъ.

Въ этой таблицѣ (VIII) сперва приведены цыфры 15 авторовъ, описавшихъ собственныя наблюденія. Упомянутыя въ статистикѣ *Trendelenburg*'а 170 гемангіомъ локализировались въ области лица. Кромѣ того, мною приведены еще сводныя статистическія данныя *Gessler*'а, *Hauenschild*'а и *Schmidt*'а. Послѣдніе два автора сдѣлали сводку изъ цыфръ слѣдующихъ авторовъ: *Lebert*'а, *Weber*'а, *Billroth*'а, *Maas*'а, *Gurlt*'а, *Dibbern*'а, *Socin*'а, *Battig*'а, *Kretschmann*'а, *v. Babo*, *Weinlechner*'а и *Gessler*'а.

Изъ данныхъ таблицы VIII видно, что чаще всего, въ среднемъ въ $68^0/_0$ всѣхъ случаевъ, наружныя гемангіомы локализируются въ области головы. Въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ остальныхъ областей человѣческаго тѣла гемангіомы встрѣчаются уже въ значительно меньшемъ количествѣ. Въ среднемъ, около $14\ ^0/_0$ наружныхъ гемангіомъ находятся въ области туловища, около $7^0/_0$—въ области конечностей какъ верхнихъ, такъ и нижнихъ, и, наконецъ, около $2^0/_0$—въ области шеи.

Въ области головы также отмѣчаются излюбленныя мѣста расположенія сосудистыхъ опухолей. Такъ, напримѣръ, извѣстно, что подавляющее количество простыхъ и кавернозныхъ гемангіомъ головы располагается въ лицевой части ея. Имѣющіяся относительно этого въ доступной мнѣ литературѣ числовыя данныя приведены въ таблицѣ IX (стр. 70).

Оказывается, что $^3/_4$ простыхъ и кавернозныхъ гемангіомъ области головы располагаются въ лицевой ея части.

На лицѣ *Virchow* (1863) различалъ пять отдѣльныхъ участковъ, соотвѣтственно расположенію въ зародышевой жизни жаберныхъ щелей. Соотвѣтственно этимъ участкамъ онъ описывалъ гемангіомы ушей, губъ, вѣкъ, щекъ и носолобной области. Образованіе гемангіомъ въ этихъ мѣстахъ *Virchow* связывалъ съ раздраженіями въ области краевъ жа-

берныхъ щелей и возникающимъ отсюда усиленнымъ развитіемъ сосудовъ. Такія гемангіомы онъ называлъ „*фиссуральными*“ (стр. 15). *Trendelenburg* не призналъ существованія фиссуральныхъ ангіомъ *Virchow*'а и представилъ рядъ возраженій. Во первыхъ, не наблюдается развитія гемангіомъ, по *Trendelenburg*'у, при различныхъ глубокихъ неправильностяхъ въ закрытіи жаберныхъ щелей. Такъ, за исключеніемъ случая *Eigenbrodt*'а, въ которомъ была комбинація гемангіомы съ заячьей губой, *Trendelenburg* не помнитъ другого такого случая ни изъ литературы, ни изъ собственныхъ наблюденій. Съ другой стороны, авторъ наблюдалъ гемангіомы лица, расположенныя совершенно независимо отъ мѣстъ расположенія жаберныхъ щелей. Во вторыхъ, *Trendelenburg* обращаетъ вниманіе на то, что пороки развитія жаберныхъ дугъ (волчья пасть, заячья губа, фистула шеи и т. д.) встрѣчаются чаще у больныхъ мужского пола, между тѣмъ какъ гемангіомы чаще наблюдаются у женщинъ. Наконецъ, по упомянутому автору, пороки развитія жаберныхъ дугъ часто являются наслѣдственными, чего относительно гемангіомъ сказать нельзя. Одинъ лишь *Bryant* наблюдалъ у двухъ близнецовъ врожденный naevus vasculosus

Таблица IX.

Годъ	Авторъ	Число наружн. гемангіомъ головы	Число нар. гем. лицевой части головы	%	Число нар. гем. волос. части головы	%
1848	*Lebert*	26	23	88,5	3	11,5
1861	*Porta*	107	89	83,2	18	16,8
1867	*Weber*	21	21	100	—	—
1869	*Dibbern*	77	61	79,2	16	20,8
1870	*Boeckel*	20	17	85	3	15
1880	*Maas*	112	104	92,9	8	7,1
1882	*Heineke*	269	198	73,6	71	26,4
1886	*Parker*	189	95	50	94	50
1890	*Rapok*	27	27	100	—	—
	Итого .	848	635	74,9	213	24,1

наружнаго края глаза. На основаніи всѣхъ этихъ соображеній *Trendelenburg* не придавалъ большого значенія теоріи *Virchow*'а относительно происхожденія такъ называемыхъ „фиссуральныхъ" ангіомъ и считалъ, что причиной образованія гемангіомъ являются вообще неправильности развитія („Entwicklungsstörungen"), независимо отъ образованія и закрытія жаберныхъ щелей.

Здѣсь же упомяну, что многіе французскіе авторы (*Mathez* [1]), *Quénu* [2]) и др.) въ противоположность *Trendelenburg*'у, указываютъ на частое совпаденіе гемангіомъ съ пороками развитія и особенно часто съ заячьей губой. *Haug* (1905) на 555 случаевъ заячьей губы, наблюдавшихся въ клиникѣ *Bruns*'а за 60 лѣтъ, нашелъ указаніе на одновременное существованіе гемангіомы три раза (гем. верхней губы, подбородка и задней половины шеи). Между прочимъ, *Haug* упоминаетъ объ одномъ случаѣ изъ литературы, гдѣ наблюдалась комбинація заячьей губы и кавернозной гемангіомы губъ. *Le Dentu* (1911) приводитъ случай одновременнаго существованія заячьей губы и кистовидной гемангіомы губы и десны (случай *Lannelongue* 1883), а также случай заячьей губы и небольшой гемангіомы въ области кожи подъ носомъ (случай *de Bovis*'а 1897).

Горячимъ сторонникомъ ученія *Virchow*'а является *Lamy* (1900). Этотъ авторъ всецѣло согласился съ *Virchow*'ымъ въ томъ, что гемангіомы лица представляютъ собой врожденныя образованія, являющіяся слѣдствіемъ неправильностей развитія жаберныхъ щелей. Образованіе гемангіомъ, по *Lamy*, однако, зависитъ не столько отъ самихъ щелей, сколько отъ ростковъ (bourgeons), расположенныхъ по ихъ окружности. Изъ этихъ ростковъ развиваются различныя части лица и шеи и въ ихъ предѣлахъ локализируются, по *Lamy*, гемангіомы лица. *Lamy* различаетъ три главныхъ ростка: лобный, верхнечелюстной и нижнечелюстной. Соотвѣтственно расположенію этихъ ростковъ и частей, развивающихся изъ нихъ, авторъ подраздѣляетъ гемангіомы лица на: 1) ан-

---

[1]) *Mathez*. p. 24.
[2]) *Quénu*. p. 497.

гіомы, занимающія лобную зону (angiome du bourgeon frontal), 2) ангіомы, занимающія верхнечелюстную зону (angiome du bourgeon maxillaire supérieur) и 3) ангіомы, занимающія нижнечелюстную зону (angiome du bourgeon maxillaire inférieur). Каждая изъ этихъ зонъ является парной, при чемъ для всѣхъ внутренней границей служитъ вертикальная линія, проведенная посреди лица. Лобная зона каждой стороны занимаетъ половину лба, верхнее вѣко и одну ноздрю. Къ гемангіомамъ этой области относятся, по *Lamy*, гемангіомы орбиты, верхняго вѣка и носолобной области (по классификаціи *Virchow*'а). Верхнечелюстную зону каждой стороны составляютъ кожа и слизистая оболочка нижняго вѣка, щеки, половина верхней губы, затѣмъ половина твердаго и мягкаго неба и antrum Highmori. Гемангіомы, локализирующіяся въ перечисленныхъ мѣстахъ, относятся къ гемангіомамъ верхнечелюстной зоны. Въ составъ нижнечелюстной зоны каждой стороны входятъ половина нижней губы и подбородка, околоушная область, область жевательной мышцы, наружное ухо и надъ-подъязычная область, затѣмъ слизистая губы, десна, задняя часть и дужки veli palatini и, наконецъ, языкъ. Гемангіомы перечисленныхъ областей принадлежатъ, по *Lamy*, къ гемангіомамъ нижнечелюстного ростка.

Какъ совершенно справедливо замѣчаетъ *Lamy*, нѣтъ надобности, чтобы гемангіома занимала всѣ области, относящіяся къ одной изъ выдѣленныхъ имъ трехъ зонъ; иногда неправильность развитія коснулась лишь незначительнаго участка тканей и тогда гемангіома представляется изслѣдователю въ видѣ лишь маленькаго пятна или небольшой опухоли. Съ другой стороны, легко допустить, что порокъ развитія тканей могъ захватить нѣсколько зонъ, въ результатѣ чего появляются громадныя гемангіомы, занимающія половину или бо́льшую часть лица и простирающіяся, обыкновенно, также на шею.

Я намѣренно нѣсколько подробнѣе остановился на классификаціяхъ гемангіомъ лица *Virchow*'а и *Lamy*, такъ какъ первая является принятой большинствомъ авторовъ, а вторая лучше всего, по моему мнѣнію, позволяетъ разобраться въ иногда очень сложныхъ картинахъ локализаціи гемангіомъ лица и шеи.

Относительно частоты гемангіомъ въ различныхъ отдѣлахъ лицевой части головы существуютъ слѣдующія указанія. По *Trendelenburg*'у и *Bittner*'у (1896), цитированнымъ *Lexer*'омъ (1907), гемангіомы лица чаще всего наблюдаются на лбу и на щекахъ. Затѣмъ слѣдуютъ по частотѣ въ нисходящемъ порядкѣ гемангіомы губъ, носа, области ушей и вѣкъ.

Въ видѣ таблицы X приведены изъ доступной мнѣ литературы статистическія данныя относительно частоты локализаціи гемангіомъ въ различныхъ областяхъ лица.

Таблица X.

Годъ	Авторъ	Локализація гемангіомъ									Итого
		Область лба	Область щеки	Область губъ	Область носа	Область уха	Область вѣкъ	Область подбородка	Область виска	Различн. области	
1848	*Lebert*	2	4	8	2	3	3	—	1	—	23
1869	*Dibbern*	12	12	16	6	—	9	—	6	—	61
1880	*Maas*	22	16	14	12	8	20	—	4	—	96
1886	*Trendelenburg*	32	32	29	23	19	18	7	3	3	166
1890	*Kapok*	3	5	11	1	—	6	—	—	1	27
	Всего .	71	69	78	44	30	56	7	14	4	373

На основаніи данныхъ таблицы X оказывается, что чаще поражаются губы, затѣмъ въ нисходящемъ порядкѣ область лба, щекъ, вѣкъ, носа, уха и, наконецъ, височная область.

При распредѣленіи гемангіомъ на области, согласно классификаціи *Virchow*'а, окажется, что чаще всего встрѣчаются гемангіомы носолобной области — (115 гемангіомъ), затѣмъ губъ, щекъ и т. д.

При распредѣленіи гемангіомъ, приведенныхъ въ таблицѣ X, на зоны по *Lamy*, получится, что наибольшее число гемангіомъ (146) находилось въ лобной зонѣ, меньшее число (105) въ верхнечелюстной зонѣ и очень незначительное количество (39, т. е. 13,5%) —въ нижнечелюстной зонѣ.

Значительно рѣже, чѣмъ въ области лица, гемангіомы встрѣчаются въ волосистой части черепа. *Mauclaire u de Bovis* даже считаютъ нахожденіе ихъ въ этомъ мѣстѣ рѣдкимъ. Изъ статистическихъ данныхъ таблицы IX (стр. 70) оказывается, что гемангіомы волосистой части головы встрѣчаются въ 24% случаевъ наружныхъ гемангіомъ головы. Отмѣчу тутъ же, что голова вообще и волосистая часть ея въ частности являются какъ бы locus praedilectionis рацемозныхъ гемангіомъ.

Среди наружныхъ гемангіомъ туловища слѣдуетъ отмѣтить гемангіомы кожныхъ покрововъ половыхъ органовъ, найденныя *Porta* въ количествѣ пяти (22,7% гемангіомъ туловища), и *Parker*'омъ (1886) въ количествѣ двѣнадцати (11,1% гемангіомъ туловища).

Распредѣленіе наружныхъ гемангіомъ, упомянутыхъ въ различныхъ статистическихъ работахъ, по *полу* заболѣвшихъ, приведено въ таблицѣ XI.

Таблица XI.

Годъ	Авторъ	Общее число *наружныхъ* гемангіомъ	У мужчинъ	У женщинъ
1848	*Lebert*	53	20	33
1861	*Porta*	151	59	92
1869	*Dibbern*	86	33	53
1870	*Boeckel*	27	4	23
1880	*Maas*	120	43	77
1886	*Trendelenburg*	230	71	159
1886	*Parker*	537	172	365
1888	*Weinlechner*	261	82	179
1890	*Rapok*	35	11	24
1902	*Михайловъ*	180	46	134
1904	*Kramer*	174	50	124
	Всего .	1854	591	1263

Оказывается, что у женщинъ наружныя гемангіомы встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ у мужчинъ, а именно

въ ²/₃ всѣхъ случаевъ, приведенныхъ въ таблицѣ XI. Добавлю, что *Lewis* (1895) также нашелъ среди своихъ паціентовъ съ сосудистыми пятнами 70% женщинъ.

Что касается вопроса, въ какомъ *возрастѣ* чаще всего встрѣчаются наружныя гемангіомы, то всѣ авторы указываютъ на молодой и дѣтскій возрастъ. Большинство авторовъ указываетъ на врожденный характеръ почти всѣхъ гемангіомъ. „In den allermeisten Fällen", говоритъ *Trendelenburg*, „ist das Angiom angeboren" [1]. „L'angiome est en effet congénital" — пишутъ *Manclaire u de Bovis* [2]. Наконецъ, *Unna*, выдѣляющій наружныя гемангіомы изъ разряда истинныхъ гемангіомъ, считаетъ первыя всегда врожденными. „Die angeborenen Angiome", говоритъ этотъ авторъ, „weisen ganz besonders auf einen äusseren Einfluss hin, welcher bei ihrer Entstehung waltete: denn sie sind fast ganz auf die äussere Decke beschränkt" [3].

Boeckel (1870) указываетъ, что всѣ тѣ случаи гемангіомъ, которые онъ наблюдалъ, впервые замѣчены были уже при рожденіи больныхъ. По *Dibbern*'у, изъ 95 наружныхъ гемангіомъ — 82, т. е. 86,3%, были врожденныя. Статистическія данныя, указывающія на возрастъ больныхъ когда врачами были замѣчены наружныя гемангіомы, приведены мною въ видѣ таблицы XII (стр. 76).

Изъ данныхъ, собранныхъ въ этой таблицѣ (XII), видно, что дѣйствительно, наружныя гемангіомы въ подавляющемъ числѣ случаевъ впервые открываются въ самомъ молодомъ возрастѣ (въ большинствѣ случаевъ—у дѣтей до одного года).

Интересъ представляетъ болѣе подробное распредѣленіе по возрасту 500 гемангіомъ, описанныхъ *Parker*'омъ. Оказывается, что у 205 дѣтей гемангіомы были найдены въ первые три мѣсяца жизни, у 185 — во вторые три мѣсяца, у 72 — въ возрастѣ отъ шести до девяти мѣсяцевъ и у 38 — въ возрастѣ отъ девяти до двѣнадцати мѣсяцевъ. Въ этомъ

---

1) *Trendelenburg*. Verletzungen u. chirurg. Krankheiten des Gesichts. 1886. p. 89.

2) M.B. p. 63.

3) *Unna*. l. c. p. 1186.

распредѣленіи гемангіомъ по возрасту рѣзко бросается въ глаза преимущественное нахожденіе ихъ у дѣтей болѣе ранняго возраста.

Таблица XII.

Годъ	Авторъ	Возрастъ, когда замѣчена наружная гемангіома									
		При рожденіи	до 1 года	отъ 1 до 9 лѣтъ	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	Всего
1861	*Porta*	65	32	44	—	10		—	—	—	151
1869	*Dibbern*	—	56	28	10	—	—	—	—	1	95
1886	*Parker*	—	500	56	2	—	—	—	—	—	558
1890	*Rapok*	—	—	26	4	2	1	—	1	1	35
1902	*Михайловъ*	—	132	48	—	—	—	—	—	—	180
	Итого .	65	720	202	16	13		—	1	2	1019

Наряду съ гемангіомами, встрѣчающимися преимущественно въ молодомъ возрастѣ, многіе авторы описываютъ особый видъ „*старческихъ*“ ангіомъ (seniles Angiom, angiome tardif). Послѣднія образованія упоминаются уже *Cruveilhier* (1856) подъ названіемъ „varices capillaires“, *Broca*, который часто наблюдалъ ихъ при вскрытіяхъ труповъ старухъ въ Salpêtrière и *Virchow*'ымъ, собравшимъ изъ литературы нѣсколько относящихся сюда случаевъ (*Rayer*'а, *Middeldorpf*'а, *Cruveilhier*). Авторы, произведшіе микроскопическія изслѣдованія такихъ „старческихъ“ ангіомъ, не пришли къ одинаковымъ выводамъ. По *Unna* (1894), *Thoma*, *Raff*'у (1902) и др. эти ангіомы представляютъ собою расширеніе капилляровъ и мелкихъ венъ сосочковаго слоя кожи подъ вліяніемъ застоя въ сосудахъ кожи, по *Ribbert*'у (1904), *Ogawa* (1907) и др. — врожденныя неправильности развитія кожи, а по *Piccardi* (1910)—эндотеліальныя новообразованія сосудистаго типа. Болѣе подробный перечень данныхъ литературы о множественныхъ и въ томъ числѣ старческихъ ангіомахъ

кожи и разборъ той связи, которую онѣ имѣютъ съ различными заболѣваніями, приведены въ этой-же главѣ (VI), отдѣлъ *G*, 5.

Послѣ вышеприведенныхъ общихъ замѣчаній о частотѣ нахожденія и локализаціи гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки, о распредѣленіи ихъ по полу и возрасту больныхъ и, наконецъ, о сущности старческихъ ангіомъ, я перехожу къ описанію тѣхъ случаевъ наружныхъ гемангіомъ, которые мнѣ удалось собрать изъ доступной мнѣ литературы. Весь относящійся сюда обширный матеріалъ раздѣленъ мною на группы, соотвѣтственно анатомической локализаціи наружныхъ гемангіомъ, напримѣръ, гемангіомы головы, шеи, туловища, конечностей и множественныя. Предложенное французкими авторами (*Mathez* и др.) строгое дѣленіе наружныхъ гемангіомъ на гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки, мною совершенно оставлено. Напомню, что *Unna* также высказался противъ возможности и цѣлесообразности подобнаго дѣленія (стр. 34).

Каждую изъ вышеназванныхъ группъ пришлось подраздѣлить на особыя подгруппы. Такъ, напримѣръ, оказалось удобнымъ раздѣлить гемангіомы покрововъ головы на гемангіомы лица и волосистой части головы, а первыя на гемангіомы различныхъ областей лица. Случаи, представляющіе одинаковое микроскопическое строеніе, также, по возможности, упоминаются вмѣстѣ. Благодаря этому получилось дальнѣйшее дробленіе матеріала на гемангіомы простыя, кавернозныя и рацемозныя. Кромѣ этихъ видовъ гемангіомъ, установленныхъ еще *Virchow*'ымъ, мною, по примѣру *Unna*, также обособлены въ отдѣльный видъ гемангіомъ большія родимыя сосудистыя пятна, столь часто занимающія наружные покровы лица.

Литература. 1856. **Cruveilhier**. см. стр. 23. — 1857. **Lebert**. Traité d'anat. pathol. gén. et spéc. I. см. Mathez и др. — 1857. **Crisp**. A treatise etc. см. V. p. 344. — 1861. **Porta**. Dell' angiectasia. см. Quénu и др. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1866 — 1873. **Weber**. Die Krankheiten des Gesichts. In Pi. B. III. 1869. **Broca**. см. стр. 23. — 1869. **Dibbern**. Ueber aeussere Angiome u. deren Behandlung nebst einer statistischen Zusammenstellung von 95 Fällen aus

der chir. Klinik in Kiel I. D. Kiel. — 1870. **Boeckel**. art. Erectile. In diction. Jaccoud. по реф. —1874. **Battig**. I. D. Breslau. см. Schmidt.—1880. **Maas**. A. Chir. XII. p. 518. по реф. — 1880. **Gurlt**. см. стр. 64. — 1881. **Kretschmann**. I. D. Halle. см. Schmidt.—1882. **Heineke**. Die chirurg. Krankheiten des Kopfes. In Billroth u. Lücke. Deutsche Chirurgie. 31. — 1883. **Lannelongue**. см. M. B. p. 14. — 1883. **Lannelongue**. A. gén. de méd. 7 série. I. p. 397. см. Le Dentu. p. 11. — 1885. **Eigenbrodt**. Ueber Nasenscharte. I. D. Halle. см. Trendelenburg. p. 94. — 1886. **Trendelenburg**. Verletzungen u. chir. Krankheiten des Gesichts. In Billroth u. Lücke. Deutsche Chir. 33/I. — 1886. **Parker**. T. of clin. soc. London. 5. VII. см. B. № 23. — 1886. **Babo**. I. D. Heidelberg. см. Schmidt. — 1887. **Socin**. Jahresberichte aus d. chir. Klinik Basel 1870 — 1887. см. Schmidt. — 1888. **Weinlechner**. In Gerhardt. Handbuch d. Kinderkrankh. VI. — 1889. **Gessler**. I. D. Tübingen. см. Lexer. — 1890. **Rapok**. см. стр. 64. — 1893. **Hauenschild**. Über zwei seltene Fälle von Angioma arteriale racemosum. I. D. Würzburg. — 1894. **Unna**. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. In Orth. Lehrbuch d. spez. pathol. Anatomie. VIII. Ergänzungsbd. II. Th.—1894. **Mathez**. см. стр. 49. — 1894. **Thoma**. Lehrbuch d. allgem. Pathologie. I. см. L.O.E. 1. 2. p. 345. — 1895. **Lewis**. The treatment of naevus by electrolysis. Barthol. Hosp. Rep. 30. см. V.I. B. — 1896. **Bittner**. P. m. W. p. 354. см. Lexer. — 1896. **M. B**. см. стр. 49. — 1897. **Bovis**. Soc. anat. 18. VI. p. 529. см. Le Dentu.—1897. **Quénu**. см. стр. 49.—1900. **Lamy**. Contribution à l'étude des angiomes fissuraux. Angiomes des bourgeons maxillaires. Thèse. Paris. — 1902. **Wolff**. Hämangiom u. Carzinom. Kl. I. II. Ergänzungsband. см. Ribbert. 1904. p. 170; L. O. E. X. —1902. **Borst**. см. стр. 49. — 1902. **Raff**. Zur Kenntniss der senilen Angiome („Kapillar-Varicen") der Haut. M. m. W. № 18. p. 745. — 1904. **Kramer**. Über Hämangiome. J. f. K. 60. Ergänzungsb. см. L.O.E. X. p. 822. — 1902. **Михайловъ**. см. стр. 64. — 1904. **Ribbert**. см. стр. 50. — 1905. **Schmidt**. Zur Kasuistik der Angiome des Gehirns. I.D. Giessen. — 1905. **Haug**. Beitrag zur Statistik der Nasenscharten. B. B. 44. p. 254— 277. — 1907. **Ogawa**. Ueber den Bau, die eintretenden Gefässe u. das Wachstum der warzenförmigen Angiome der Haut. V.A. 189. p. 433—439.—1907. **Lexer**. Angeborene Missbildungen, Verletzungen u. Erkrankungen des Gesichts, plastische Operationen. In B.B.M. I.— 1907. **Pasini**. Über das senile Angiom des freien Lippenrandes. M. f. D. 44. № 6. p. 275—287, № 7. p. 342—351.—1909. **Pick**. Zur Kenntniss des senilen Angioms u. seiner Beziehungen zum Endotheliom. A. f. D. 99. H. 1 u. 2.—1910. **Machol**. см. стр. 64. — 1910. **Piccardi**. Metastatisches Angioma senile u. seine Beziehungen zum sogenannten Sarcoma Kaposi. M. f. D. 44. № 6. — 1911. **Le Dentu**. Tumeurs et malformations. In D.D. XV. Affections chirurgicales de la face. — **Depaul**. цит. многими авторами по Laboulbène. Thèse de Paris. 1854. — **Bryant**. см. Michaux. p. 521. — **Reyer**, **Middeldorpf**. см. V. p. 423, 424.

B. Гемангіомы покрововъ головы.

Раздѣленіе гемангіомъ покрововъ головы на группы и подгруппы.

Гемангіомы лба: ихъ частота, разновидности и казуистика. Гемангіомы кожи носа: мнѣнія о нихъ *Virchow*'а и *Trendelenburg*'а, ихъ казуистика. Гемангіомы кожи подбородка: частота ихъ нахожденія и казуистика. Гемангіомы кожи щекъ: ихъ подраздѣленія, разновидности и казуистика. Гемангіомы области наружнаго уха: ихъ ближайшая локализація и частота нахожденія; дѣленія *Duplay*. *Castex*'а, *Kümmel*'я и *Cesbron*'а; ихъ казуистика. Гемангіомы различныхъ другихъ областей лица: височныя и т. д.; ихъ казуистика. Гемангіомы, занимающія значительную часть кожи лица: ихъ казуистика

Гемангіомы волосистой части головы: частота ихъ нахожденія; „сообщающіяся“ гемангіомы; простыя и кавернозныя гемангіомы; рацемозныя артеріальныя гемангіомы и ихъ казуистика.

Гемангіомы покрововъ головы цѣлесообразно раздѣлить на двѣ большія группы, на гемангіомы лица и волосистой части головы. Случаи, относящіеся къ первой группѣ, раздѣлены мною, въ цѣляхъ удобства изложенія, на подгруппы, а именно на: гемангіомы лба, кожи носа, подбородка, кожи щекъ, наружнаго уха, на гемангіомы различныхъ другихъ областей лица и, наконецъ, на сосудистыя родимыя пятна, занимающія большую часть лица [1]). Это чисто топографическое подраздѣленіе теоретически представляетъ много неудобствъ, такъ какъ въ случаяхъ пораженія нѣсколькихъ изъ приведенныхъ областей лица трудно рѣшить вопросъ, въ которую изъ принятыхъ группъ должна быть отнесена та или другая гемангіома. Съ другой стороны, принятое мною дѣленіе является наиболѣе удобнымъ для распредѣленія множества отдѣльныхъ наблюденій.

a) Гемангіомы лица.

1. Гемангіомы лба. Гемангіомы въ области лба наблюдаются часто, но описываются сравнительно рѣдко. *Virchow* (1863) упоминаетъ о случаяхъ *Faxe* 1778, *Büchner*'а 1824, *Bell*'я 1826, *Schuh* 1854, *Bruns*'а 1859 и *Beauchêne* (гемангіома у основанія носа), въ которыхъ микроскопическаго изслѣдо-

---

[1]) Гемангіомы губъ отнесены мною къ гемангіомамъ слизистыхъ оболочекъ.

ванія, повидимому, не было произведено. *Mauclaire* и *de Bovis* (1896) совсѣмъ не касаются гемангіомъ области лба. *Berndt* (1900) въ диссертаціи, посвященной казуистикѣ гемангіомъ лба, говоритъ, что кавернозныя гемангіомы съ такой локализаціей встрѣчаются часто. „Diese Art“, пишетъ *Berndt*, „der cavernösen Angiome ist ziemlich häufig“ [1]). Въ подтвержденіе этого мнѣнія онъ приводитъ цыфровыя данныя *Heineke* (1882), наблюдавшаго среди 343 гемангіомъ съ различной локализаціей 38 гемангіомъ лба. Кромѣ одного собственнаго случая, *Berndt* не приводитъ другихъ случаевъ такихъ гемангіомъ. Въ случаѣ *Berndt*'а гемангіома занимала у мужчины 20-ти лѣтъ лобъ и правое верхнее вѣко. Микроскопическаго изслѣдованія удаленной опухоли не было произведено. Также, насколько мнѣ извѣстно, не произведено было микроскопическаго изслѣдованія и въ слѣдующихъ случаяхъ: *Unger*'а (angioma varicosum у семимѣсячнаго ребенка), *Guéniot*, *Экгардта* (1887, гемангіома лба у 15-лѣтней дѣвицы), *неизвѣстнаго* испанскаго автора (1888, ангіома лба у дѣвочки двухъ лѣтъ), *базельской клиники* (1891-92 angioma glabellae), *Péan*'а (1891, ангіома лба у мужчины 29 лѣтъ), *Physik*'а, *Reclus*, *Dambrin* и *Tanzi* (1910, венозная опухоль въ лобной области, сообщавшаяся съ внутричерепной сосудистой системой у женщины 25 лѣтъ) и, наконецъ, въ случаяхъ авторовъ, приведенныхъ въ таблицѣ X (стр. 73).

Значительно болѣе рѣдкими *Berndt* считаетъ артеріальную рацемозную ангіому лба, которую онъ также называетъ „angioma cirsoides“. „Die Zahl“, говоритъ *Berndt*, „der bis jetzt veröffentlichten Fälle von Angioma cirsoides an der Stirn ist eine geringe“ [2]). Авторъ приводитъ 7 случаевъ такихъ опухолей изъ работы *Heine* (1869), одинъ случай изъ монографіи *Heineke* и одинъ собственный случай (мужчина 20 л.). Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ микроскопическаго изслѣдованія не было произведено. Отмѣчу, что *Schück* (1887) приводитъ 15 случаевъ артеріальныхъ рацемозныхъ гемангіомъ лба. Семь изъ нихъ приведены въ работѣ *Heine*—

[1]) *Berndt*. Zur Kasuistik der Angiome an der Stirn. I. D. Kiel. 1900. p. 9.

[2]) *Berndt*. l. c. p. 14.

два случая *Wagner*'а и случаи *Müller*'а, *Chelius*'а, *Wutzer*'а (1850), *Robert*'а (1851) и *Decès* (1857). Другіе восемь были собраны изъ литературы самимъ *Schück*'омъ. Это случаи *Warren*'а 1847, *Schuh* 1866, *Laburthe* 1867, *Partridge* 1870, *Billroth*'а 1871, *Hulke* 1877, *Wernher*'а 1880 и *Maas*'а 1880. Кромѣ того *Туровъ* (1894) приводитъ относящійся сюда случай *Richelot* (1881).

Относительно микроскопическаго изслѣдованія всѣхъ перечисленныхъ случаевъ никакихъ свѣдѣній (за исключеніемъ случаевъ *Wernher*'а и *Wagner*'а) не имѣется. Наиболѣе вѣроятнымъ слѣдуетъ считать предположеніе, что таковое по различнымъ причинамъ въ большинствѣ случаевъ не было произведено. Также не подверглись микроскопическому изслѣдованію артеріальныя рацемозныя ангіомы, описанныя *Mynter*'омъ 1890, *Shears*'омъ 1897, *Rotgans*'омъ 1897, *Stierlin*'омъ 1901 и *Wolf*'омъ 1905.

Только немногіе авторы (*Bärensprung* 1848, *Wagner*, *Wernher* 1876, *Müller* 1890/91, *Bruns* 1891, *Haas* 1892, *Siegmund* 1893, *Bing* 1903, *Beck* 1903, *Дьяконовъ* 1904, 1905 и *Strebel* 1911) представили болѣе или менѣе подробное описаніе микроскопическаго строенія гемангіомъ покрововъ лба.

Bärensprung (цитированный еще *Luschka* (1854), изслѣдовалъ лишь струпъ послѣ прижиганія сосудистаго пятна на лбу у 1½ годового ребенка.

Haas изучилъ строеніе небольшой сосудистой опухоли лба ребенка. Главная масса опухоли состояла изъ гипертрофированныхъ капилляровъ. Просвѣты этихъ капилляровъ были значительно больше нормальныхъ, а стѣнки гораздо толще и своеобразнаго строенія. Изнутри эти капилляры были выстланы очень большими клѣтками, состоящими изъ зернистой протоплазмы и большихъ, интенсивно красящихся ядеръ, расположенныхъ своимъ длиннымъ діаметромъ по направленію къ центру капилляровъ. Кромѣ того *Haas* описалъ второй клѣточный слой, ясно замѣтный и расположенный кнаружи отъ описанныхъ большихъ клѣтокъ. Ядра второго слоя имѣли поперечно-овальную форму („quer-ovale Gestalt") и были расположены поперечно по отношенію къ ядрамъ перваго слоя. По мнѣнію *Haas*'а, въ этомъ случаѣ имѣло мѣсто размноженіе эндотелія и образованіе второго слоя изъ перваго. На основаніи расположенія ядеръ второго слоя клѣтокъ, *Haas* предполагаетъ, что изъ послѣднихъ образуются мышечныя клѣтки. Кромѣ капилляровъ, представлявшихъ главную массу опухоли, авторъ отмѣчаетъ круглоклѣточную инфильтрацію въ соединительной ткани и наличность рубцовой ткани, указывающей на существованіе регрессивныхъ процессовъ внутри опухоли.

Описанную имъ опухоль *Haas* называетъ angioma capillare hyperplasticum.

Bing подробно описалъ также простую гемангіому кожи лба, удаленную у дѣвочки 1½ лѣтъ. Опухоль находилась въ подкожной соединительной ткани, имѣла плоскую форму и достигала величины небольшой монеты (въ 1 пфеннигъ).

При микроскопическомъ изслѣдованіи *Bing*'у бросился въ глаза дольчатый видъ опухоли. Отдѣльныя дольки ея были раздѣлены между собою широкими соединительнотканными прослойками, содержащими большіе сосуды съ явленіями пери— и эндоартеріита и пучки нервныхъ волоконъ. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ были найдены тромбы. Дольки опухоли были построены изъ извитыхъ сосудовъ, преимущественно капиллярнаго типа. Стѣнки этихъ сосудовъ состояли изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ иногда въ нѣсколько рядовъ. При окрашиваніи на эластическую ткань по *Weigert*'у, авторъ таковой внутри долекъ не нашелъ. Въ одномъ мѣстѣ опухоли *Bing* отмѣтилъ участокъ, состоящій изъ соединительной ткани, среди которой было много мельчайшихъ сосудовъ съ еле замѣтнымъ просвѣтомъ и много гемосидерина. По мнѣнію автора, въ этомъ мѣстѣ происходилъ „фиброзный метаморфозъ капиллярныхъ сосудовъ ангіомы съ преобладающимъ развитіемъ интерстиціальной межуточной ткани“ [1].

Описанную опухоль *Bing* назвалъ angioma hypertrophicum simplex subcutaneum.

Дьяконовъ привелъ два случая гемангіомъ лба.

Въ первомъ случаѣ (1904) у мальчика одного года была удалена опухоль, діаметромъ около 2 cm., находившаяся на границѣ кожи лба и волосистой части головы слѣва. Опухоль была замѣчена уже при рожденіи ребенка и тогда достигала около 0,5 cm. въ діаметрѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли, она оказалась сосудистой, состоящей изъ капилляровъ и мелкихъ артерій, расположенныхъ сейчасъ же подъ сосочковымъ слоемъ кожи.

Во второмъ случаѣ (1905) у женщины 23 лѣтъ за два года до операціи появилась на лбу припухлость, которая медленно увеличивалась и достигла размѣровъ 3 × 2 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась ангіомой съ значительнымъ развитіемъ межуточной ткани.

Остальные авторы наблюдали *рацемозныя* ангіомы области лба.

Работы *Wagner*'а мнѣ не удалось достать.

Въ случаѣ *Wernher*'а микроскопическое изслѣдованіе было произведено *Perls*'омъ. Послѣдній нашелъ многочисленные тонкостѣнные артеріальные сосуды, расположенные около довольно большой полости съ неровными стѣнками, содержавшими многочисленныя мышечныя

---

[1]) *Bing*. Beiträge zur Histologie der Angiome. I D. Würzburg. 1903.

волокна. Съ полостью сообщались венозные сосуды. Ангіома, по мнѣнію *Perls*'a, была расположена на мѣстѣ капиллярной системы, исполняла функцію послѣдней и носила преимущественно артеріальный характеръ. Такъ какъ описаніе *Perls*'a сдѣлалось мнѣ доступнымъ только въ видѣ короткихъ цитатъ, приведенныхъ *Деревенко*, то случай *Wernher*'a остался для меня не совсѣмъ понятнымъ.

Müller[1]) описалъ классическій случай артеріальной рацемозной гемангіомы, рисунокъ которой, между прочимъ, приведенъ и у *Ziegler*'a (1905. p. 425). Опухоль развилась у мужчины 20 лѣтъ изъ краснаго пятнышка кожи лба, впервые замѣченнаго родителями больного, когда послѣднему былъ 1 годъ. Опухоль сперва росла медленно, а съ 16-лѣтняго возраста стала расти гораздо скорѣе и достигла громадной величины, занявъ почти всю переднюю поверхность волосистой части головы, лобъ и переносицу. Произведенная операція (перевязка обѣихъ наружныхъ сонныхъ артерій) осложнилась эмболіей art. fossae Sylvii, послѣ чего наступила смерть. Вскрытіе было произведено *Ziegler*'омъ и обнаружило рацемозную артеріальную ангіому въ предѣлахъ art. angularis dextr. et sin., art. frontalis dextr. et sin. и art. temporalis dextr.

При микроскопическомъ изслѣдованіи бросалось въ глаза необычайное количество очень расширенныхъ артерій и венъ въ области нижней границы corii и въ подкожной ткани. По сравненіи съ калибромъ стѣнки сосудовъ, особенно венъ, оказались въ общемъ чрезвычайно истонченными. Въ артеріяхъ истонченіе коснулось главнымъ образомъ мышечнаго слоя. Мѣстами отмѣчалось и утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ. Утолщенной представлялась главнымъ образомъ intima, которая то въ видѣ отдѣльныхъ бугровъ выдавалась въ просвѣтъ артерій, то совершенно закрывала просвѣтъ, преимущественно въ мелкихъ артеріяхъ. Lamina elast. int. была видна не въ видѣ волнистой линіи, а въ видѣ вытянутой полосы. Несмотря на малый діаметръ стѣнокъ сосудовъ по сравненію съ просвѣтами, *Müller* тѣмъ не менѣе признавалъ наличность гиперплазіи стѣнокъ сосудовъ, особенно замѣтной въ стѣнкахъ артерій.

Авторъ предполагалъ, что отъ неизвѣстной причины наступаетъ сначала разрастаніе интимы, но что новообразованная ткань является недостаточно крѣпкой, чтобы противостоять давленію тока крови, въ результатѣ чего и происходитъ позднѣйшее истонченіе стѣнки.

Siegmund изслѣдовалъ рацемозную ангіому правой стороны лба удаленную у женщины 34 лѣтъ. За 10 лѣтъ до операціи, послѣ пятыхъ родовъ больная впервые замѣтила на правой сторонѣ шеи красную опухоль, величиною съ голубиное яйцо. Послѣ каждыхъ изъ послѣдующихъ восьми родовъ опухоль нѣсколько увеличивалась и постепенно распространилась на ухо, вѣко и основаніе носа. При микроско-

---

[1]) *Bruns* оперировалъ и также описалъ этотъ случай. Кромѣ того онъ демонстрировалъ препаратъ на съѣздѣ германскихъ хирурговъ въ 1891 г.

пическомъ изслѣдованіи было найдено истонченіе стѣнокъ артеріи на мѣстахъ перегибовъ ихъ и жировая инфильтрація интимы. По мнѣнію *Siegmund*'а, микроскопическая картина была обычная: „der gewöhnliche Befund“ [1]).

Beck удалилъ у мужчины 42 лѣтъ большую опухоль, занимавшую почти весь лобъ, прилежащіе отдѣлы волосистой части головы, високъ, кожу носа и праваго вѣка. На 25-омъ году жизни больной впервые замѣтилъ небольшую опухоль посреди лба, которая постепенно увеличивалась и, наконецъ, заняла перечисленныя сосѣднія области. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Kreuder*) оказалось, что опухоль состояла изъ большихъ кровеносныхъ сосудовъ, главнымъ образомъ изъ венъ. Стѣнки послѣднихъ представлялись обычнаго строенія, только мѣстами сильно истонченными. Кромѣ венъ открывались сосудистыя пространства кавернознаго вида. Стѣнки послѣднихъ состояли изъ тонкаго слоя волокнистой соединительной ткани, выстланнаго однорядным эндотеліемъ. Въ межуточной ткани между сосудами и кавернозными полостями мѣстами находились участки круглоклѣточнаго инфильтрата, а также веретенообразныхъ клѣтокъ.

Beck называетъ описанный имъ случай въ однихъ мѣстахъ своей работы „aneurisma racemosum“, въ другихъ „angioma racemosum“.

Наконецъ, послѣдній авторъ, *Strebel*, описалъ артеріальную рацемозную гемангіому, удаленную у женщины 26 лѣтъ. Уже отъ рожденія посреди лба больной замѣчалось небольшое сосудистое пятно, которое постепенно увеличивалось и къ 10-лѣтнему возрасту достигло величины монеты въ 3 марки (талеръ). Ко времени операціи опухоль захватила волосистую часть головы, выдавалась надъ обычнымъ уровнемъ кожи на 4,5 cm. и достигала 15 cm. въ длину и 12 cm. въ ширину. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли оказалось, что epidermis и сосочки corii уплощены, кровеносные сосуды расширены и представляютъ значительныя измѣненія въ строеніи стѣнокъ, выражающіяся главнымъ образомъ въ утолщеніи интимы. Tunica elastica сосудовъ представлялась не въ видѣ волнистой линіи, а какъ бы вытянутой. Media и adventitia не представляли замѣтныхъ измѣненій. Кромѣ того *Strebel* отмѣчаетъ разрастаніе соединительнотканной межуточной ткани и кровоизліянія въ послѣднюю.

Изслѣдованную имъ опухоль *Strebel* называлъ angioma arteriale racemosum.

Изъ вышеприведеннаго видно, что различными авторами описаны различные виды гемангіомъ лба. Однако, въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти лишь немного случаевъ, въ которыхъ опухоли были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію. Въ двухъ изъ нихъ (слу-

---

[1]) *Siegmund*. Zur Behandlung etc. D. Z. Chir. 1893. 37. p. 242.

чаи *Haas*'а и *Bing*'а) оказались простыя гемангіомы съ гиперплазированнымъ эндотеліемъ, а въ большинствѣ остальныхъ были констатированы рацемозныя гемангіомы (артеріальныя въ случаяхъ *Wernher*'а, *Müller*'а, *Siegmund*'а и *Strebel*'я).

Литература. 1778. **Faxe**. Abh. d. Schw. Akaded. см. V. p. 353. — 1824. **Büchner**. см. V. p. 339. — 1826. **Bell**. Principles of surg. см. V. p. 349. — 1840. **Хеліусъ**. Хирургія. русск. переводъ. — 1847. **Warren**. Am J. см. Schück. p. 61. — 1848. **Bärensprung**. см. Luschka. — 1850. **Wutzer**. Deutsche Klin. см. Schück. p. 74. — 1851. **Robert**. G. d. H. p. 130. см. Schück. p. 61. — 1854. **Luschka**. см. стр. 9. — 1854. **Schuh**. см. стр. 9. — 1857. **Decès**. Des varices artérielles. Thèse. Paris. см. V. p. 342. — 1859. **Bruns**. см. V. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1866. **Schuh**. D. m. W. № 30. см. Schück. p. 73. — 1867. **Laburthe**. Des varices artérielles etc. Thèse. Paris. см. Schück. p. 72. — 1869. **Heine**. Über Angioma arteriale racemosum am Kopf u. dessen Behandlung. Prager Vierteljahrsschrift. 103 и 104. по разл. рефер. — 1870. **Partridge**. Med. Tim. a. Gaz. 15. X. см. Schück. p. 55. — 1871. **Billroth**. W. m. W. № 42. см. Schück. p. 54; Strebel. p. 11. — 1876. **Wernher**. Das verzweigte Aneurysma am Kopf. B. kl. W. № 13. см. Деревенко. p. 376. — 1877. **Hulke**. Med. Tim. a. Gaz. VI. p. 612. см. Schück. p. 68. — 1880. **Maas**. B. kl. W. № 47. см. Schück. p. 52. — 1881. **Richelot**. Union méd. см. Тиховъ. p. 238; V. I. B. I. p. 289. — 1882. **Heineke**. см. стр. 78. — 1886. **Trendelenburg**. см. стр. 78. — 1887. **Экгардтъ**. Общ. Русск. Вр. С. П. 7. V.; В. № 22. — 1887. **Schück**. Ueber das Wesen und die Entstehung des Angioma arteriale racemosum. I. D. Berlin. — 1888. Angioma of the forehead. Riv de Ciencias Medicas. 20. VIII. см. Br. m. J. 15. IX. — 1890. **Mynter**. Extensive aneurism of the scalp, obliterated by multiple ligatures. A. S. XI. № 2. p. 93—95. см. C. Chir. p. 711. — 1890. **Müller**. Ein Fall v. arteriellem Rankenangiom des Kopfes. I. D. Tübingen; B. B. 1891. VIII. p. 71 — 91. — 1891. **Bruns**. Ein arterielles Rankenangiom des Kopfes. Festschrift für R. Virchow. I. p. 110—113. по реф. — 1891. **Péan**. G. d. H. Nov. см. Mathez. p. 50. — 1891/92. Jahresbericht über d. chir. Abt. d. Spitals zu Basel. p. 13. см. C. Path. 1894. p. 289. — 1893. **Siegmund**. Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum, besonders des Kopfes. D. Z. Chir. 37. p. 236. — 1892. **Haas**. Ein histologischer Beitrag zur Lehre der Telangiectasien. I. D. Würzburg. — 1894. **Тиховъ**. Aneurysma cirsoides nasi. Х. Л. IV. 2. p. 226—243. — 1896. **M. B.** см. стр. 49. — 1897. **Rotgans**. Aneur. cirs. Genes. bevord. d. Natuurgeneeskund halkunde. 3 Sectie. Amsterdam. по реф. — 1897. **Schears**. A case of cirsoid aneur. of the forehead. Med. Era. Chicago. по реф. — 1900. **Berndt** Zur Kasuistik der Angiome an der Stirn. I. D. Kiel. — 1901. **Stierlin**. Zur Kasuistik der Aneurysmen u. des Angioma arteriale racemosum. D. Z. Chir. 60. p. 71—85. — 1903. **Bing**. Beiträge zur Histologie der Angiome. I. D. Würzburg. — 1903. **Beck**. On an extraordinary

case of aneurisma racemosum. A. S. XXVIII. № 4. p. 496—497. — 1904 и 1905. **Дьяконовъ**. Обзоръ научной дѣят. госп. хир. клин. И. М. У. Работы клиники т. IV и VII. — 1905. **Wolf**. Angioma arteriale racemosum capitis. I. D. München. — 1909. **Деревенко**. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи артеріальной вѣтвистой аневризмы лица и черепа. Р. Х. А. XXV. 3. p. 373—404. — 1910. **Dambrin et Tanzi**. Tumeur veineuse de la région frontale en communication avec la circulation intracranielle. G. d. H. № 76. — 1911. **Strebel**. Ein Fall von Angioma arteriale racemosum in der Stirngegend. I. D. Heidelberg. — **Möller, Wagner**. см. Schück. — **Physik, Reclus** см. Mathez. p. 65, 67. — **Unger**. см. Trendelenburg. p. 98.—**Guéniot**. Soc. chir. 3 série. II. см. M. B. p. 138.

---

2. **Гемангіомы кожи носа.** Эти гемангіомы *Virchow* (1863) соединилъ съ таковыми лба въ общую группу „носолобныхъ фиссуральныхъ“ ангіомъ. Но въ это же время самъ *Virchow* допускалъ, что существуютъ и такія сосудистыя опухоли, которыя исключительно локализируются въ предѣлахъ только носа (кончика и крыльевъ носа). „Ob alle rein nasalen Formen“, пишетъ *Virchow*, „welche ausserhalb des genannten Bezirkes, z. B. an der Spitze oder den Flügeln der Nase vorkommen, in dieselbe Kategorie gehören, lasse ich dahingestellt“[1]). *Trendelenburg* (1886) выдѣлилъ упомянутыя гемангіомы кончика и крыльевъ носа въ особую группу. Онъ указываетъ на преимущественное пораженіе у дѣвочекъ, на быстрый ростъ этихъ опухолей и на сильное обезображиваніе послѣдними лица. *Virchow* указываетъ на обязательно врожденный характеръ этихъ опухолей и приводитъ относящійся сюда случай *Wilms*'а (1866), изслѣдованный самимъ *Virchow*'ымъ. Опухоль была удалена изъ носолобной области у дѣвицы 23 лѣтъ, достигала величины миндалины и состояла изъ кавернозной ткани, находившейся въ кожѣ и, главнымъ образомъ, въ подкожной ткани носа. Не врожденныя опухоли, какъ, напримѣръ, описанный *Gräfe* (1868) случай сосудистой опухоли кончика носа, развившейся въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ у старика 70 лѣтъ, *Virchow* тщательно исключалъ изъ группы фиссуральныхъ носолобныхъ ангіомъ.

---

[1]) V. p. 349.

Несмотря на значительное число гемангіомъ кожи носа, наблюдавшихся различными авторами (въ таблицѣ X, стр. 73, указаны 44 случая), мнѣ не удалось, за исключеніемъ случаевъ *Virchow*'а (см. выше), *Тихова* (1894), *Brockaert*'а (1908) и *Дьяконова* (1908), найти въ литературѣ описанія микроскопическаго строенія гемангіомъ этой области.

Цѣлый рядъ авторовъ описали гемангіомы кожи носа, но не производили гистологическаго изслѣдованія. Сюда относятся случаи *Wutzer*'а, *Weber*'а (1859), описавшихъ телеангіэктазіи носа, случай *Fabry* (1911), удалившаго гальванокаутеромъ ангіо-кавернозную опухоль носа у дѣвочки 6 лѣтъ, случай *Lunnig*'а (1884) и случай, описанный изъ льговской земской больницы (1893), (въ обоихъ случаяхъ ангіома носа у ребенка) и, наконецъ, случай *Küster*'а, удалившаго кавернозную гемангіому кончика носа.

Также отсутствуетъ микроскопическое изслѣдованіе и въ случаѣ рацемозной гемангіомы носа, описанномъ *Tillmans*'омъ. *Тиховъ* упоминаетъ о двухъ рацемозныхъ гемангіомахъ носа, изъ которыхъ описаніе одной приведено въ работѣ *Heine*, а другой *Bruns*'омъ (1891). Мнѣ, къ сожалѣнію, не удалось познакомиться съ работами указанныхъ авторовъ.

Самъ *Тиховъ* подробно изслѣдовалъ артеріальную рацемозную ангіому носа, удаленную у мужчины 17 лѣтъ. Уже съ самыхъ первыхъ лѣтъ жизни у этого больного наблюдалась около корня носа небольшая опухоль, покрытая нормальной кожей. Ко времени операціи опухоль выросла, сдѣлалась бугристой и возвышалась надъ кожею на 1 cm., достигая ок. 5 cm въ длинномъ діаметрѣ. Она начиналась отъ корня носа между бровями и занимала 2/3 его спинки, заходя по сторонамъ до носо-щечныхъ складокъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли, въ участкахъ, соотвѣтствовавшихъ бугристымъ ея возвышеніямъ, эпителіальный слой представлялся истонченнымъ, а железы отсутствовали. Подъ эпителіальнымъ слоемъ былъ виденъ слой фиброзной ткани, пронизанный тонкими артеріями. Подъ этимъ слоемъ была видна жировая клѣтчатка тоже съ увеличеннымъ, по сравненію съ нормой, количествомъ мелкихъ артерій. Еще ниже авторъ описываетъ особый „артеріальный" слой, толщиной ок. 1—1,5 cm., состоящій изъ огромнаго количества артеріальныхъ сосудовъ, среди которыхъ почти не видно соединительнотканныхъ прослоекъ. Стѣнки этихъ сосудовъ состояли изъ очень утолщенной t. muscularis, тогда какъ intima и adventitia были выражены очень слабо. Въ „артеріальномъ" слоѣ не было ни капилляровъ, ни

венъ; извилистыя артеріи соединялись между собою при помощи мелкихъ артеріальныхъ же стволиковъ. Въ глубокихъ отдѣлахъ упомянутаго слоя встрѣчались отдѣльные пучки атрофированныхъ поперечно-полосатыхъ мышцъ. Наконецъ, подъ „артеріальнымъ" слоемъ былъ виденъ слой поперечно-полосатыхъ мышцъ.

По мнѣнію *Тихова*, характерной особенностью его опухоли является „чрезвычайное развитіе артеріальныхъ стволовъ, принадлежащихъ къ конечнымъ развѣтвленіямъ art. angularis обѣихъ сторонъ и rami dorsal. nasi (изъ art. ophtalmic.), при полномъ отсутствіи венозныхъ сосудовъ" [1]). На основаніи микроскопическаго изслѣдованія, *Тиховъ* далъ своей опухоли названіе: angioma arteriale racemosum. Однако, въ дальнѣйшемъ изложеніи онъ называетъ опухоль aneurysma cirsoides, такъ какъ такое названіе, по его словамъ, наиболѣе принятое.

Broeckaert описалъ у 16-лѣтняго мальчика опухоль, которая при рожденіи занимала область переносицы. Съ 12-лѣтняго возраста опухоль стала сильно расти, проросла кости носа и глазничной впадины и заняла весь лобъ. Въ доступномъ мнѣ рефератѣ работы *Broeckaert*'а помѣщенъ лишь діагнозъ опухоли, поставленный на основаніи микроскопическаго изслѣдованія ея—angioma arterio-venosum. Подробности изслѣдованія, къ сожалѣнію, не приведены. Самъ авторъ причисляетъ описанную имъ опухоль къ цирсоиднымъ аневризмамъ.

Наконецъ, *Дьяконовъ* приводитъ въ VI обзорѣ дѣятельности своей клиники свѣдѣнія о двухъ случаяхъ гемангіомъ кожи носа.

Въ первомъ случаѣ у дѣвочки 10 мѣсяцевъ отъ роду была удалена гемангіома кожи праваго крыла носа, существовавшая съ рожденія дѣвочки и достигшая ко времени операціи величины 3 cm. $\times$ 2,75 cm. Послѣ операціи наблюдался рецидивъ опухоли.

Во второмъ случаѣ опухоль у дѣвочки $1^1/_2$ лѣтъ занимала кончикъ и все лѣвое крыло носа. Опухоль существовала съ рожденія дѣвочки. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли оказалось, что она состояла изъ увеличеннаго количества сосудовъ.

Изъ сказаннаго видно, что несомнѣнно существуютъ самостоятельныя гемангіомы наружныхъ покрововъ носа, не захватывающія кожу сосѣднихъ частей. Опухоль же, описанная *Broeckaert*'омъ, лишь впослѣдствіи распространилась на сосѣднія части лица. Изъ приведенныхъ мною изъ лите-

---

[1]) *Тиховъ*. Aneurysma cirsoides nasi X. Л. 1894 p. 229.

ратуры случаевъ микроскопическому изслѣдованію подверглись только нѣкоторыя гемангіомы носа. Изъ нихъ въ одномъ случаѣ (*Wilms-Virchow*'а) была найдена кавернозная гемангіома, въ другомъ (*Тихова*) — артеріальная рацемозная ангіома, а въ случаѣ *Broeckaert*'а — артеріально-венозная гемангіома.

Литература. 1808. **Gräfe**. см. стр. 22. — 1859. **Weber**. Chir. Erfahrungen etc. см. стр. 63. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1866—1873. **Weber**. см. стр. 77. — 1869. **Heine**. см. стр. 85. — 1884. **Lunnig**. Cor. Schw. XIV. см. Тиховъ. р. 236. — 1886. **Trendelenburg**. см. стр. 78. — 1887. **Tillmanns**. Руководство. см. Тиховъ. р. 243. — 1891. **Bruns**. Ges. Chir. XX. см. Тиховъ. р. 242. — 1893. Изъ льговской земской больницы. Х. Л. р. 958. см. Тиховъ. р. 235. — 1894. **Тиховъ**. Aneurysma cirsoides nasi. Х. Л. IV 2. р. 226—243.—1908. **Broeckaert**. Contribution à l'étude des anévrismes cirsoïdes de la tête. Bull. de l'acad. royale de méd. de Belg. № 5. см. C. Chir. 1909. р. 33. — 1908. **Дьяконовъ**. VI обзоръ дѣятельности госп. хир. кл. И. М. У. Работы клиники т. XIV. — 1909. **Küster**. Zwei Schlussjahre klin.-chir. Tätigkeit. р. 56. — 1911. **Fabry**. Die Behandlung von Angiom, Angiocavernom u. Naevus flammeus mit Kohlensäure. Derm. Z. 18. H. 8. р. 731. — **Wilms**. см. V. — **Wutzer**. см. Weber.

---

3. Гемангіомы подбородка. Гемангіомы съ локализаціей въ области подбородка встрѣчаются рѣдко. *Virchow* (1863) и *Manclaire u. de Bovis* (1896) даже совсѣмъ не приводятъ такихъ случаевъ. *Trendelenburg* (1886) первый выдѣлилъ ихъ въ особую группу и самъ наблюдалъ семь гемангіомъ подбородка. *Velpeau* даетъ подробныя указанія относительно лѣченія такихъ гемангіомъ, но не приводитъ собственныхъ случаевъ.

Въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти лишь немного авторовъ, упоминавшихъ о гемангіомахъ подбородка (*Porta*, *Payr* 1902, *Дьяконовъ* 1905, 1908 и 1909, *Zweig* 1909 и *Fabry* 1911).

Payr излѣчилъ кавернозную гемангіому подбородка у 14-лѣтней дѣвицы при помощи введенія въ толщу опухоли палочекъ изъ магнезіи. *Дьяконовъ* (1908) наблюдалъ двѣ ангіомы подбородка у женщинъ 14 и 25 лѣтъ. Въ обоихъ случаяхъ опухоли занимали также уголъ рта, а въ первомъ

также всю губу. *Zweig* и *Fabry* удалили кавернозныя гемангіомы подбородка у дѣтей прикладываніемъ снѣга изъ углекислоты.

Микроскопическаго изслѣдованія во всѣхъ этихъ случаяхъ не было произведено.

Въ двухъ другихъ случаяхъ гемангіомъ подбородка *Дьяконовъ* (1905 и 1908) приводитъ вкратцѣ результатъ микроскопическаго изслѣдованія удаленныхъ опухолей.

Въ первомъ случаѣ (1905) у женщины 60 лѣтъ была удалена бугристая опухоль, находившаяся на подбородкѣ слѣва отъ средней линіи, величиною 2,5 cm. × 3 cm. Опухоль, по словамъ больной, развилась изъ родинки, которую она расцарапала лѣтъ за пять до операціи. Подъ микроскопомъ было найдено сильное развитіе вѣтвящихся сосудовъ, между расширенными петлями которыхъ было много довольно плотной соединительной ткани.

Во второмъ случаѣ (1909) у дѣвицы на 12 году жизни появилась опухоль на подбородкѣ справа отъ средней линіи. Черезъ 1/2 года послѣ этого было сдѣлано частичное удаленіе опухоли, оказавшейся ангіомой. На 15 году жизни больной оставшаяся часть опухоли увеличилась до размѣровъ 6 cm. × 8 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи этой, также удаленной, части она оказалась тоже „ангіомой".

Рацемозныя ангіомы области подбородка также принадлежатъ къ очень не частымъ находкамъ. Совсѣмъ не упоминаютъ о нихъ, напримѣръ, *Schück* (1885) и *Тиховъ* (1894).

Porta описалъ у мужчины цирсоидную аневризму, развившуюся изъ синеватой опухоли подбородка, которая часто подвергалась раненіямъ при бритьѣ. Кромѣ приведеннаго случая *Porta*, мнѣ не удалось найти въ литературѣ другого описанія рацемозной ангіомы подбородка.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что гемангіомы подбородка встрѣчаются нечасто и описываются рѣдко.

Литература. 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1886. **Trendelenburg**. см. стр. 85. — 1887. **Schück**. см. стр. 85. — 1894. **Тиховъ**. см. стр. 85. — 1896. **Mauclaire et de Bovis**. см. стр. 49. — 1902. **Payr**. Über Verwendung von Magnesium zur Behandlung von Blutgefässtumoren. D. Z. Chir. LXIII. p. 503. см. C. Chir. p. 904. — 1905 и 1908. **Дьяконовъ**. III и VI обзоры дѣятельности госп. хир. клин. И. М. У. Работы клиники т. VII и XIV. — 1909. **Zweig**. Die Behandlung von umschriebenen Hauterkrankungen mit Kohlensäureschnee. M. m. W. p. 1642. — 1911. **Fabry**. см. стр. 89. — **Porta**. см. M. B. p. 138. — **Velpeau**. см. Mathez. p. 64: Constantinoff и др.

---

4. Гемангіомы наружныхъ покрововъ щекъ. Гемангіомы щекъ могутъ локализироваться какъ въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ, такъ и въ мышцахъ, въ околоушной железѣ и, наконецъ, въ слизистой щеки. Въ настоящее время я имѣю въ виду, пользуясь доступными мнѣ литературными данными, представить описаніе лишь гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки щекъ. Однако, нужно замѣтить, что большія опухоли часто прорастаютъ мышцы и тогда чрезвычайно трудно установить, къ какой изъ трехъ группъ гемангіомъ щекъ (кожи, мышцъ или слизистой) должна быть отнесена подобная опухоль. Съ другой стороны, необходимо имѣть въ виду, что гемангіомы щекъ часто распространяются на сосѣднія части лица и даже шеи. Тѣ случаи, относительно которыхъ такой ходъ распространенія опухоли установленъ или даже только вѣроятенъ, помѣщены въ настоящій отдѣлъ. Однако, наряду съ такими случаями, существуютъ еще очень много другихъ, когда поражаются одновременно и щека, и сосѣднія съ ней части, иногда даже цѣлая половина лица. Такія сосудистыя опухоли (чаще всего это родимыя пятна) отнесены мною въ самостоятельный отдѣлъ. *Virchow* (1863) различалъ гемангіомы кожи щеки и гемангіомы подкожной ея клѣтчатки. Такое дѣленіе, однако, возможно только для небольшихъ опухолей и въ огромномъ большинствѣ случаевъ представляется невыполнимымъ. Въ настоящее время гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки изучаются вмѣстѣ (*Unna*).

Различаютъ также простыя, кавернозныя и рацемозныя гемангіомы щекъ. Къ сожалѣнію, почти во всѣхъ собранныхъ мною изъ литературы случаяхъ отсутствуетъ микроскопическое изслѣдованіе опухоли, клиническое же опредѣленіе гемангіомъ не всегда является достаточнымъ.

Въ нижеслѣдующемъ мною приведены фамиліи авторовъ, представившихъ описаніе гемангіомъ щекъ, но безъ указаній на микроскопическое ихъ изслѣдованіе. *Bruns* (1859), цитированный мною по *Virchow*'у (1863), приводитъ, кромѣ собственнаго случая, еще случаи *Bribosia* и *Higuet*, *Lenoir*'а, *Lisfranc* и *Adams*'а. *Virchow*, кромѣ только что упомянутыхъ, разбираетъ случаи *Wardrop*'а (1818), *Warren*'а, *Birkett*'а (1851), *Nussbaum*'а (1861), *Sangalli* и *Billroth*'а. Значительно позже

Trendelenburg (1886) упоминаетъ о случаяхъ кавернозныхъ гемангіомъ щекъ *Zeis*'а, *Rogers*'а, *Krönlein*'а и о двухъ собственныхъ случаяхъ. Наконецъ, мнѣ встрѣтились слѣдующіе авторы, описавшіе случаи гемангіомъ щекъ: *Follin* 1861, *Weber* 1866, *Bryant* 1873, *Gay* 1881, *Coombs* 1881, *Reclus* 1882, *Berger* 1883, *Schwarz* 1886, *Tassé* 1888, *Hartmann* 1889, *Cahen* 1889, *Battini* 1890, *Israel* 1895, *Cavatié-Constantinoff* 1897, *Яновскій* 1899, *Jeanbrau* 1900, *Talko* 1901, *Honsell* 1901, *Weischer* 1902, *Wölfler* 1902, *Beck* 1903, *Tuffier* 1905, *Tauber* 1905, *Zimmermann* 1905, *Kren* 1906, *Collier* 1906, *Lexer* 1907, *Redard* 1908 (описалъ 8 случаевъ), *Küster* 1909, *Zweig* 1909, *Schmidt* 1910, *Fabry* 1911, *Зворыкинъ* 1911, *Konjetzny* 1912.

Большинство только что приведенныхъ авторовъ описали кавернозныя гемангіомы щекъ, при чемъ очень частой локализаціей этихъ опухолей являлась область околоушной железы. Въ случаяхъ *Cahen*'а, *Яновскаго*, *Jeanbrau* и *Honsell* гемангіома распространялась также и на шею. Опухоли, описанныя *Bryant*, *Cahen*'омъ и *Tuffier*, были причислены этими авторами къ рацемознымъ ангіомамъ (къ цирсоиднымъ аневризмамъ). *Tuffier* указалъ, что онъ наблюдалъ три такія цирсоидныя аневризмы, локализировавшіяся въ области околоушной железы.

Только въ немногихъ случаяхъ, приведенныхъ *Henschel*'емъ 1890, *Дьяконовымъ* 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, *Zesas*'омъ 1906, *Cranwell*'емъ 1907 и *Morestin и Lecène* 1909, мнѣ удалось найти указанія на произведенное микроскопическое изслѣдованіе опухоли.

Дьяконовъ помѣстилъ въ обзорахъ дѣятельности своей клиники краткое описаніе нѣсколькихъ гемангіомъ щекъ.

Въ 1904 г. подверглись операціи и микроскопическому изслѣдованію два случая этихъ опухолей. Въ первомъ у дѣвицы 18 лѣтъ съ рожденія существовала сине-багровая опухоль въ нижнемъ отдѣлѣ правой щеки. Опухоль постепенно разрасталась, заняла всю щеку и захватила всю правую половину шеи, достигнувъ величины 13 cm.×8 cm.×6 cm. Удаленная опухоль представляла клубокъ змѣевидно извитыхъ сосудовъ, часть которыхъ достигала до 2 cm. въ діаметрѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочка опухоли шеи были найдены какъ нормальные сосуды, такъ и сосудистыя полости кавернознаго вида, выстланныя только однослойнымъ эндотеліемъ. Полости сообщались между собою и придавали новообразованію пещеристый характеръ.

Въ другомъ случаѣ у дѣвочки 1½ лѣтъ были замѣчены вскорѣ

послѣ рожденія синія пятна одновременно на лѣвой щекѣ и въ области лѣваго локтя. Ко времени производства операціи пятно на щекѣ превратилось въ мягкую опухоль, размѣрами 2 cm.$\times$1,5 cm. Подъ микроскопомъ было найдено очень много мелкихъ артерій. Интересно, что опухоль области локтя оказалась кавернозной гемангіомой. (см. отдѣлъ E).

Въ обзорѣ 1905 года также приведены два случая гемангіомъ щеки.

Въ первомъ случаѣ у женщины 30 л. была удалена изъ правой щеки подъ глазомъ давно существовавшая опухоль, достигшая величины 3 cm.$\times$1,5 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась „ангіомой".

Во второмъ случаѣ у мужчины 30 л. съ рожденія существовало красное пятно на лѣвой щекѣ у крыла носа, постепенно увеличивавшееся и достигшее величины 5 cm.$\times$5 cm. Удаленная опухоль оказалась подъ микроскопомъ „ангіомой".

Въ обзорѣ 1906 г. приведено описаніе ангіомы лѣвой щеки, удаленной у трехъ лѣтней дѣвочки. Опухоль была замѣчена съ рожденія, находилась подъ лѣвымъ нижнимъ вѣкомъ, постепенно увеличивалась и достигла 4 cm. въ поперечникѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли было найдено въ подкожномъ слоѣ множество различной величины сосудовъ съ хорошо выраженными стѣнками.

Въ обзорѣ 1907 г. приведено краткое описаніе ангіомы правой щеки, удаленной у дѣвочки семи мѣсяцевъ. Съ двухъ мѣсяцевъ жизни у ребенка было замѣчено пятно, діаметромъ 1,5 cm.$\times$1 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи было найдено въ кожѣ сильное разрастаніе мелкихъ сосудовъ.

Наконецъ, въ обзорѣ 1908 г. *Дьяконовъ* приводитъ еще одинъ случай гемангіомы щеки, удаленной у 10-мѣсячной дѣвочки. Опухоль съ рожденія помѣщалась на правой щекѣ, быстро увеличивалась, заняла крыло носа и достигла величины 10 cm $\times$8 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась „ангіомой".

Zesas описалъ у дѣвочки 14 лѣтъ большую опухоль, развившуюся изъ врожденной небольшой телеангіэктазіи. Опухоль особенно сильно увеличилась за послѣдніе 6 лѣтъ, находилась въ подкожномъ слоѣ правой щеки и проросла мышцы щеки и слизистую нижней губы. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли была найдена типичная кавернозная гемангіома. Во время операціи было сильнѣйшее кровотеченіе, а послѣ операціи коллапсъ и exitus letalis.

Cranwell удалилъ въ Буэносъ-Айресѣ большую опухоль лѣвой щеки у мужчины 22 лѣтъ. Опухоль впервые была замѣчена родными больного, когда послѣднему было два года; тогда въ лѣвой щекѣ, ближе спереди, прощупывался небольшой узелокъ, величиною съ фасоль. Опухоль сперва росла медленно, послѣднія же 6 лѣтъ стала расти значительно быстрѣе и ко времени операціи достигла величины дѣтской головки, при чемъ она свѣшивалась до уровня ключицы. При ощупываніи опухоль состояла изъ трехъ долей: наибольшей, только что описанной,

и двухъ меньшаго размѣра. Одна изъ послѣднихъ достигала величины куринаго яйца и располагалась въ области шеи, другая была значительно меньше и находилась подъ кожей у наружнаго угла лѣваго глаза. Размѣры удаленной опухоли были 10 cm.×11 cm.×11 cm. Она отдавливала верхнюю челюсть и скуловую кость.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли (*Marotta*), были обнаружены многочисленныя кавернозныя полости различной формы и величины. Перегородки между полостями состояли изъ плотной соединительной ткани. Онѣ во многихъ мѣстахъ представлялись атрофированными и разорванными. Полости были наполнены кровью, а во многихъ мѣстахъ содержали ангіолиты. Всѣ полости были выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Кое-гдѣ были замѣтны скопленія лимфоидныхъ клѣтокъ какъ вдали отъ сосудовъ, такъ и по ихъ окружности. Въ глубокихъ отдѣлахъ опухоли встрѣчались пучки атрофированныхъ поперечно-полосатыхъ мышцъ, а еще глубже неизмѣненный слой мышцъ щеки. Кромѣ того по окружности опухоли была обнаружена соединительнотканная капсула. Въ капсулѣ также находились кавернозныя полости. Діагнозъ: angioma cavernosum съ ангіолитами.

По мнѣнію автора, опухоль находилась въ подкожной клѣтчаткѣ щеки, была врожденная и располагалась въ области fissura intermaxillaris.

Morestin и Lecène описали небольшую, величиною въ маслину, опухоль правой щеки у женщины 65 лѣтъ. Эта опухоль существовала много лѣтъ, не была въ связи ни съ кожей, ни со слизистой оболочкой щеки и была окружена капсулой. Микроскопическое изслѣдованіе удаленной опухоли показало, что въ довольно обильной соединительной ткани находилось огромное количество („agglomération") капилляровъ и сосудовъ, названныхъ обоими авторами „артеріолами". По мнѣнію авторовъ, описанная ими опухоль являлась не обычной ангіомой, а измѣненной, артеріализированной („angiome arterialisé"). Авторы также высказали предположеніе, что въ данномъ случаѣ имѣлась начальная, но остановившаяся въ своемъ развитіи стадія перехода простой гемангіомы въ рацемозную („une ébauche", пишутъ *Morestin и Lecène*, „de l'évolution de l'angiome vers la tumeur cirsoïde")[1]).

Наконецъ, *Henschel* описалъ случай артеріальной рацемозной ангіомы области щеки.

У мужчины 17 лѣтъ съ рожденія на лицѣ были множественныя телеангіэктазіи, которыя съ теченіемъ времени стали быстро увеличиваться въ объемѣ. На 16 году жизни больной перенесъ воспаленіе надкостницы нижней челюсти слѣва, къ которому присоединилось рожистое воспаленіе покрововъ головы. Съ этого времени онъ сталъ замѣчать быстрое увеличеніе опухоли (до величины гусинаго яйца) въ

---

[1]) *Morestin et Lecène*. Tumeur de la joue. Soc. anat. 1909. № 10. p. 746.

области нижней лѣвой половины лица. Оперативнымъ путемъ изъ этой опухоли былъ вырѣзанъ большой клинъ (длиною 9 cm., шириною 6 cm. и толщиною 1,5 cm.), такъ что остались ничтожныя части ея, которыя впослѣдствіи были прижжены термокаутеромъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной части опухоли оказалось, что она состояла изъ многочисленныхъ какъ большихъ, такъ и маленькихъ артеріальныхъ сосудовъ. Кромѣ того, встрѣчались также полости кавернознаго вида, наполненныя кровью. Въ стѣнкахъ большихъ артерій наблюдалось то утолщеніе intimae съ сильнымъ истонченіемъ mediae, то, наоборотъ, нормальная intima и очень утолщенная media. Мѣстами были замѣтны мѣшковидныя аневризмы стѣнокъ большихъ сосудовъ. Мелкія артеріи имѣли узкій просвѣтъ и хорошо выраженныя стѣнки.

По мнѣнію *Henschel*'я, въ описанномъ имъ случаѣ имѣло мѣсто предрасположеніе къ развитію рацемозной ангіомы въ виду наличности многочисленныхъ врожденныхъ телеангіэктазій. Благодаря повышенію кровяного давленія вслѣдствіе мѣстныхъ воспалительныхъ процессовъ (parulis, erysipelas), произошло, по *Henschel*'ю, расширеніе старыхъ и новообразованіе новыхъ сосудовъ и развитіе изъ телеангіэктазій области щеки артеріальной рацемозной ангіомы.

На основаніи сказаннаго можно вывести заключеніе, что гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки щеки встрѣчаются часто, при чемъ наиболѣе излюбленнымъ мѣстомъ ихъ нахожденія является область надъ околоушной железой.

Наиболѣе часто описываются кавернозныя гемангіомы. Выдающійся случай такой опухоли описанъ *Cranwell*'емъ (см. выше). Болѣе рѣдки простыя гемангіомы, при чемъ въ приведенномъ выше случаѣ *Morestin и Lecène* опухоль состояла кромѣ капилляровъ еще и изъ „артеріолъ“. Рацемозныя гемангіомы также наблюдаются въ области щекъ; обычно онѣ распространяются и на сосѣднія части лица. Къ сожалѣнію, въ огромномъ большинствѣ случаевъ клиническій діагнозъ не былъ дополненъ гистологическимъ изслѣдованіемъ. Единственнымъ исключеніемъ является приведенный выше случай, описанный *Henschel*'емъ.

Литература. 1818. **Wardrop**. Med. chir. Trans. IX. см. V. p. 338. — 1851. **Birkett**. Guy's Hosp. Rep. VII. см. V. p. 357. — 1859. **Bruns**. Handb. d. pr. Chir. см. V. p. 357. — 1861. **Nussbaum**. Bayr. ärztl. Intel. № 47. см. V. p. 351. — 1861. **Follin**. Traité élém. de path. ext. см. M.B. p. 131. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1866-73. **Weber**. см. стр. 77. — 1873. **Bryant**. Med. Tim. a. Gaz. см. Schück. p. 72. — 1881. **Gay**. A case of telean-

giectasis. L. 22. I. p. 135. см. V. I. B. — 1881. **Coombs.** A new method etc. L. 27. VIII. см. V. I. B. — 1882. **Reclus.** Soc. chir. p. 341. см. Cranwell. p. 567. — 1883. **Berger.** Soc. chir. p. 866. см. M. B. p. 133. — 1886. **Trendelenburg.** см. стр. 78. — 1886. **Schwarz.** Congrès de chir. см. M. B. p. 132. — 1888. **Tassé.** Congrès ital. de méd. см. Mathez. p. 70. — 1889. **Hartmann.** Contribution à l'étude des angiomes de la région parotidienne. R. chir. — 1889. **Cahen.** Дем. Greifswalder med. Verein 7. XII. Пр. in D. m. W. 1890. № 10. p. 199. — 1890. **Henschel.** Ein Fall von Angioma arteriale racemosum. I. D. Greifswald. — 1890. **Bottini.** Cavernous angioma of the check. L. 20. IX. см. V. I. B. 25/II. p. 492. — 1890. **Bottini.** La terapia chir. etc. Sp. Giugno. см. V. I. B. 25/II. p. 389. — 1894. **Unna** см. стр. 34 и 78. — 1895. **Israel.** Berl. med. Ges. 26. VI. см. M. B. p. 132. — 1897. **Cavalié-Constantinoff.** см. Constantinoff. p. 69. — 1899. **Яновскій.** Труды общ. минск. вр. за 1895—1897 г. по реф. — 1900. **Jeanbrau.** Soc. anat. Janv. см. Cranwell. p. 564. — 1901. **Talko.** по реф. — 1901. **Honsell.** Über Alcoholinjectionen bei inoperablen Angiomen. B. B. XXXII/1. — 1902. **Weischer.** Zur Behandl. sogen. inoperabler. Gesichtsangiome. C. Chir. 29. № 30. p. 803—806. — 1902. **Wölfler.** Дем. Ver. deutscher Aerzte. Prag. 31. I. Пр. in W. kl. W. № 34. — 1903. **Beck.** J. of Amer. Med. Assoc. 26. XII. см. P. B. 1904. № 11. p. 411. — 1904. **Дьяконовъ.** II обзоръ дѣят. хир. госп. кл. И. М. У. Работы клиники т. IV. — 1905. **Tuffier.** Soc. chir. p. 301. — 1905. **Tauber.** M. m. W. № 19. p. 938. — 1905. **Дьяконовъ.** III обзоръ дѣят. хир. госп. кл. И. М. У. Работы клин. т. VII. — 1905. **Zimmermann.** Haemangioma buccae. Orvósi hétilap. № 13. см. Kümmel-Mikulicz. Die Krankh. des Mundes. 1912. — 1906. **Kren.** Ein Beitrag zur Neurofibromatosis Recklinghausen. W. kl. W. № 41. — 1906. **Collier.** Naevus of the cheeck. Med. Press. 27. VI. см. C. Chir. p. 980. — 1906. **Дьяконовъ.** IV обзоръ дѣят. хир. госп. кл. И. М. У. Работы клин. т. X. — 1906. **Zesas.** Ueber eine seltene Geschwulst der Kniegelenkskapsel. Anhang. D. Z. Chir. 82. — 1907. **Lexer.** см. стр. 78. — 1907. **Cranwell.** Angiome caverneux de la face. R. chir. № 4. p. 557—567. — 1907. **Дьяконовъ.** V обзоръ дѣят. хир. госп. кл. И. М. У. Работы клиники т. XII. — 1908 **Redard.** L'électrolyse dans le traitement des angiomes et partic. des angiomes de la région parotidienne. P m. № 19. — 1908. **Дьяконовъ.** VI обзоръ дѣят. хир. госп. кл. И. М. У. Работы кл. т. XIV. — 1909. **Küster.** p. 56. см. стр. 89. — 1909. **Zweig.** см. стр. 90. — 1909. **Morestin et Lecène.** Tumeur de la joue: angiome artérialisé. Soc. anat. № 10. p. 745—746. — 1910. **Schmidt.** Kongr. d. deutsch. Röntgenges. см. Derm. Z. p. 335. — 1910. **Schmidt.** Beitrag zur Röntgenbehandlung malign. Tumoren. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. XIV 3. p. 142—145. — 1911. **Fabry.** см. стр. 89. — 1911. **Зворыкинъ.** Предъявленіе больной съ гемангіомой щеки. Научн. сов. врач. Обуховск. больн. 16. IX. Пр. см. P. B. 1912. № 6 — 1912. **Konjetzny.** Zur Pathologie der Angiome. M. m. W. № 5. p. 241. — **Bribosia et Higuet, Lenoir, Lisfranc, Adams, Warren, Sangalli.** см. V. — **Krönlein, Rogers, Zeis.** см. Trendelenburg

5. Гемангіомы наружнаго уха. Сосудистыя опухоли кожи ушей могутъ захватить, во-первыхъ, ушную раковину и, во вторыхъ, наружный слуховой проходъ и наружную поверхность барабанной перепонки. И въ томъ и въ другомъ случаѣ эти опухоли встрѣчаются не особенно часто. Такъ, напримѣръ, въ таблицѣ X (стр. 73), въ которой приведены статистическія данныя пяти авторовъ, онѣ по частотѣ нахожденія занимаютъ шестое мѣсто, составляя всего 8% всѣхъ гемангіомъ лица. Такого мнѣнія держатся и другіе авторы. Такъ, *Weydner* (1884) изслѣдовалъ 73 полипа уха, въ числѣ которыхъ было всего пять сосудистыхъ опухолей (одна лимфангіома, одна телеангіэктазія и три кавернозныя гемангіомы). *Niemak*, цитированный *Donalies*'омъ, среди 55 полиповъ наружнаго уха нашелъ 16 ангіофибромъ и 3 кавернозныя гемангіомы. *Alexander* (1901) среди 15 опухолей наружнаго уха встрѣтилъ лишь одну гемангіому. *Cesbron* (1909) считаетъ гемангіомы ушной раковины также рѣдкими находками, при этомъ онъ указываетъ, что ему удалось собрать изъ литературы всего 20 описаній этихъ опухолей.

Рѣдкими находками слѣдуетъ также считать рацемозныя ангіомы уха. Но, по сравненію съ рѣдкостью нахожденія этой опухоли вообще, локализація ея въ области наружнаго уха наблюдается относительно довольно часто. Такъ, напримѣръ, *Heine* (1869) указываетъ, что изъ общаго числа 60 рацемозныхъ ангіомъ 12 находились въ области уха и что въ другихъ 11 случаяхъ заболѣваніе началось съ уха. *Schück* (1885) приводитъ среди 87 случаевъ рацемозныхъ ангіомъ 17, т. е. 20%, съ локализаціей въ области уха. Наконецъ, *Fleischl* (1903) указываетъ, что 30% всѣхъ рацемозныхъ ангіомъ поражаютъ область уха.

Наиболѣе часто гемангіомы встрѣчаются въ области кожи раковины, при чемъ однѣ не выходятъ за предѣлы послѣдней, тогда какъ другія распространяются и на сосѣднія области.

Что касается гистологической классификаціи этихъ опухолей, то относительно этого имѣются различныя мнѣнія.

Такъ, *Duplay* (1898) и *Castex* (1909), указывая на рѣдкость гемангіомъ уха, говорятъ, что существуютъ гемангіомы

двухъ видовъ—венозныя и артеріальныя. Первыя представляются въ видѣ сосудистыхъ пятенъ, занимающихъ большую поверхность кожи. Вторыя являются ясно ограниченными опухолями и часто осложняются расширеніемъ приводящихъ артерій и образованіемъ varix arterialis.

Kümmel (1897) различалъ три вида сосудистыхъ опухолей въ области наружнаго уха: 1) naevus vasculosus congenitalis, 2) angioma simplex s. telangiectasia и 3) angioma cavernosum.

Cesbron (1909) дѣлилъ гемангіомы вообще и гемангіомы ушной раковины въ частности на двѣ группы, на простыя и кавернозныя. Послѣднія являются, по этому автору и по *Broca*, котораго онъ цитируетъ, лишь конечной стадіей первыхъ. По тому же автору, гемангіомы обѣихъ группъ могутъ подвергнуться цирсоидному или же фиброзному перерожденію. Первый исходъ наступаетъ при наличности быстраго кровообращенія въ области опухоли, второй—при наличности медленнаго кровообращенія.

Среди довольно многочисленныхъ случаевъ гемангіомъ кожи уха, собранныхъ мною изъ литературы, въ цѣломъ рядѣ случаевъ микроскопическое изслѣдованіе или совсѣмъ не было произведено, или же о немъ не было упомянуто въ доступныхъ мнѣ статьяхъ и рефератахъ. Приведу, во первыхъ, авторовъ, поставившихъ только клиническій діагнозъ ангіомы, naevus'а или кавернозной ангіомы, и, во-вторыхъ, авторовъ, описавшихъ, опять таки на основаніи клиническихъ признаковъ, рацемозныя ангіомы, aneurysma cirsoides и aneurysma racemosum.

Къ первымъ авторамъ относятся слѣдующія лица: *Wardrop* 1818, *Dupuytren* 1828, *Syme* 1829, *Breschet* 1833, *Hartmann* 1864, *Camerer* 1866 (описываетъ ту же опухоль, что и *Hartmann*), *Weinlocher* 1877, *Todd* 1882, *Lorenzo* 1885, *Pipino* 1886, *Trendelenburg* 1886 (два случая), *Wagenhäuser* 1887, *Huntington* 1888, *Kochmann* 1889, *Redard* 1890, *Quaife* 1890, *Turnbull* 1891, *Matas* 1892, *Hennebert* 1895, *Brieger* 1896, *Egger* 1901, *Payr* 1902, *Springer* 1904, *Struyken* 1904, *Bichelonne* 1904, *Chernbach* 1905, *Haug* 1905, *Politzer* 1907, *Macleod* 1908, *Reinking* 1910, *Urbantschitsch* 1911, *Fabry* 1911, *Barjou* 1912, а также *Colles*, *Niemak*, *Kuhn*.

Изъ перечисленныхъ авторовъ *Lorenzo*, *Redard*, *Matas* и *Payr* указали на кавернозный характеръ описанныхъ ими опухолей. *Todd*, *Wagenhäuser*, *Hennebert*, *Egger*, *Haug* и *Reinking* наблюдали сосудистыя опухоли съ локализаціей въ области наружнаго слухового прохода и наружной поверхности барабанной перепонки.

Къ тѣмъ авторамъ, которые описали рацемозныя гемангіомы уха, но не упоминаютъ о микроскопическомъ изслѣдованіи своихъ случаевъ, относятся слѣдующія лица: *Walter* 1823, *Dupuytren* 1828, *Paget* 1853, *Mussey* 1853, *Peixoto* 1854, *Roser* 1860, *Koch* 1868, *Hammond и Magruder* 1869, *Jüngken* 1869, *Pelletan* 1870, *Didolff* 1872, *Labbé* 1872, *Chinami* 1873, *Masterman* 1874, *Wilms-Körte* 1880, *Poulet* 1883, *Fergusson и Carden* 1885, *Duncan* 1888, *Reverdin* 1892, *Siegmund* 1893, *Kümmel* 1897, *Lieblein* 1898, *Berger* 1898, *Cheesmann* 1901, *Fleischl* 1903, *Saar* 1911, *Schwarz* 1912, *Morestin* 1912 и *König*.

Значительно большій интересъ представляютъ случаи тѣхъ авторовъ, которые имѣли возможность, благодаря произведенному микроскопическому изслѣдованію, точно установить характеръ описанныхъ ими опухолей.

Въ таблицѣ № *1*, помѣщенной въ приложеніи, мною приведены краткія свѣдѣнія объ этихъ случаяхъ.

Распредѣленіе больныхъ гемангіомами наружнаго уха, упомянутыхъ въ таблицѣ № *1*, по полу и возрасту представлено мною въ видѣ таблицы XIII.

Таблица XIII.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ									
	До 1 года	отъ 1 до 9 лѣтъ	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	Неизвѣстно	Всего
мужч.	—	—	2	1	2	2	2	—	—	9
женщ.	1	1	—	1	1	—	—	1	1	6
Итого .	1	1	2	2	3	2	2	1	1	15

Въ таблицѣ XIII (стр. 99) приведены свѣдѣнія о томъ возрастѣ больныхъ, когда они обратились къ врачамъ. Изъ имѣющихся анамнестическихъ данныхъ, однако, выясняется, что въ 6 случаяхъ, (первый и второй случай *Citelli*, случаи *Дьяконова*, *Heine*, *Serafini* и *Manasse*) опухоль несомнѣнно была врожденная. Кромѣ того, три автора (*Haug*, *Cesbron*, *Kümmel*) указываютъ, что у пользованныхъ ими больныхъ опухоли впервые были замѣчены въ дѣтскомъ возрастѣ. Изъ приведенныхъ данныхъ слѣдуетъ, что гемангіомы наружнаго уха, повидимому, существуютъ съ ранняго дѣтства, не давая никакихъ клиническихъ явленій. Послѣднія появляются обыкновенно лишь въ зрѣломъ возрастѣ и только тогда являются причиной оперативнаго вмѣшательства.

Относительно вліянія пола на появленіе гемангіомъ нельзя дѣлать какихъ либо заключеніи на такомъ незначительномъ матеріалѣ. То же приходится сказать и о значеніи стороны пораженія. Среди приведенныхъ 15 случаевъ въ шести опухоль помѣщалась справа, въ семи—слѣва, а въ двухъ случаяхъ сторона пораженія не указана.

Что касается *гистологическаго* строенія, то въ 11 случаяхъ опухоль нужно причислить къ кавернознымъ гемангіомамъ, при чемъ въ трехъ изъ нихъ замѣчается настолько значительное количество соединительной ткани, что авторы назвали описанныя ими опухоли фиброангіомами. Однако, нужно имѣть въ виду, что въ этихъ случаяхъ имѣлись не смѣшанныя опухоли, а, какъ указываетъ *Cesbron*, особый видъ обратнаго развитія кавернозной гемангіомы. На это, между прочимъ, указываетъ характеръ этой соединительной ткани, являющейся фиброзной, бѣдной ядрами, а также и то обстоятельство, что гемангіомы ушей часто существуютъ у больныхъ долгіе годы (напр., 30 лѣтъ въ случаѣ *Gruber*'а) и потому легко могутъ подвергаться обратному развитію.

Особый интересъ представляетъ случай *Haug*'а, гдѣ среди кавернозныхъ полостей были найдены туберкулезные бугорки.

Въ четырехъ случаяхъ была найдена опухоль, названная авторами артеріальной рацемозной ангіомой или цирсоидной аневризмой. *Heine* и *Kümmel*, при микроскопическомъ изслѣдованіи своихъ случаевъ, нашли нѣкоторую ат-

рофію всѣхъ слоевъ сосудистой стѣнки и жировое перерожденіе mediae, a *Kümmel* кромѣ того и незначительное жировое перерожденіе intimae и adventitiae. *Flatau* и *Serafini* нашли расширеніе большихъ артерій и венъ и истонченіе ихъ стѣнокъ, а послѣдній авторъ отмѣтилъ кромѣ того новообразованіе капилляровъ, которые представлялись расширенными.

Одновременное существованіе гемангіомъ и въ другихъ мѣстахъ кожи отмѣтили какъ *Citelli* въ обоихъ своихъ случаяхъ, такъ и *Serafini*.

Рецидивъ гемангіомы послѣ оперативнаго ея удаленія описываетъ *Arslan* во второмъ своемъ случаѣ. Къ сожалѣнію, микроскопическое изслѣдованіе первой опухоли не было произведено.

Наконецъ, отмѣчу указаніе *Citelli*, который передаетъ разсказъ одного своего больного (случай 8), мужчины 41 г., увѣрявшаго, что у его отца и у его дѣда наблюдалась такая же опухоль и на томъ же мѣстѣ, какъ и у него. Этотъ случай принадлежитъ къ тѣмъ рѣдкимъ явленіямъ, когда можетъ явиться вопросъ о наслѣдственной передачѣ гемангіомъ.

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ нужно придти къ заключенію, что гемангіомы наружнаго уха встрѣчаются не особенно рѣдко. Наиболѣе часто встрѣчаются, конечно, родимыя сосудистыя пятна, но они рѣдко ограничиваются областью одного уха, рѣдко описываются и еще рѣже подвергаются микроскопическому изслѣдованію. Наиболѣе часто встрѣчаются кавернозныя гемангіомы этой области, представляющіяся обыкновенно въ видѣ небольшихъ (величиною съ горошину или лѣсной орѣхъ) и ограниченныхъ опухолей. Характернымъ явленіемъ представляется довольно частое ихъ фиброзное перерожденіе. Наконецъ, наблюдаются въ области наружнаго уха рацемозныя гемангіомы, которыя часто захватываютъ сосѣднія области, височную и теменную. На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія приведенныхъ четырехъ случаевъ такихъ рацемозныхъ гемангіомъ трудно высказаться о томъ, слѣдуетъ ли причислить эти образованія къ новообразованіямъ, или же нѣтъ. За исключеніемъ случая *Serafini*, въ которомъ отмѣчено но-

вообразованіе капилляровъ, въ другихъ случаяхъ признаковъ активнаго роста авторами не приводится. Измѣненія же стѣнокъ большихъ сосудовъ, описанныя всѣми авторами, относятся къ процессамъ дегенеративнымъ. *Heine*, на основаніи своихъ изслѣдованій, пришелъ къ заключенію, что только въ началѣ заболѣванія имѣетъ мѣсто гиперпластическій процессъ, состоящій въ новообразованіи сосудовъ съ недостаточной мышечной оболочкой („Neubildung von Gefässen mit defectuöser. Media"). Послѣдующая же стадія заболѣванія, по этому автору, носитъ уже дегенеративный характеръ. Причиной появленія рацемозной ангіомы *Heine* считаетъ повышенное кровяное давленіе.

Изъ сказаннаго видно, что для окончательнаго рѣшенія вопроса о сущности рацемозныхъ гемангіомъ необходимы новыя, повторныя изслѣдованія.

Литература. 1818. **Wardrop**. см. стр. 9. см. V. p. 338. — 1823. **Walther**. см. Schück. p. 64. — 1828. **Dupuytren**. см. Schück. p. 64. — 1829. **Syme**. L. I. p. 598. см. Cesbron. p. 30. — 1833. **Breschet**. Mém. de l'acad. de méd. III. см. Cesbron. p. 23. — 1853. **Paget**. Lect. on surg. path. см. Schück. p. 65. — 1853. **Mussey**. Am. J. XXVI. см. Schück, Cesbron и др. — 1854. **Peixoto**. A. gén. méd. p. 488. см. Cesbron. p. 61. — 1860. **Roser**. A. d. H. p. 86. см. Schück. p. 70. — 1864. **Hartmann**. Würt. med. Corr. № 39. см. V. p. 338. — 1866. **Camerer**. Zur Casuistik der Gefässgeschw. I. D. Tübingen. см. V. — 1868. **Koch**. A. Chir. X. см. Schück. p. 56. — 1869. **Hammond a. Magruder**. Phil. med. a. surg. Rep. 23. I. см. Schück. p. 56. — 1869. **Jüngken**. B. kl. W. № 7 и 8. см. L. O. E. и др. — 1869. **Heine**. см. стр. 85. — 1870. **Pelletan**. Mémoires sur des espèces etc. Clin. chir. II. p. 1. по мног. реф. — 1872. **Didolff**. I. D. Bonn. см. Schück. p. 54. — 1872. **Labbé**. G. d. H. № 33. см. Schück. p. 53 и др. — 1873. **Chinami**. см. Schück. p. 53. — 1874. **Mastermann**. Med. Tim. a. Gaz. I. см. Schück. p. 69. — 1877. **Weinlocher**. M. f. Ohr. см. Cesbron. — 1880. **Wilms-Körte**. D. Z. Chir. p. 24. см. Schück. p. 68. — 1882. **Todd**. Am. J. of otol. July. см. Cesbron. — 1883. **Kümmel**. Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum. A. Chir. 33. p. 194 — 213. — 1883. **Poulet**. Observation d'angiome pulsatile. Soc. chir. 5. XII. p. 913. Помѣщено in extenso у Constantinoff'a. p. 77. — 1884. **Weydner**. Ueber den Bau der Ohrpolypen. Z. f. Ohr. XIV. p. см. V. I. B. 1884. — 1885. **Schück**. см. стр. 85. — 1885. **Fergusson a. Carden**. Case of aneurism by anastomosis in the head etc. L. 4. IV. см. V. I. B. XX. — 1885. **Lorenzo**. Riv. clin. e terap. № 8. см. Cesbron. — 1886. **Pipino**. N. Y. med. Rec. № 30. см. Cesbron. — 1886. **Trendelenburg**. см. стр. 78. — 1887. **Wagenhäuser**. A. f.

Ohr. 27. см. L.O.E. III 2. — 1888. **Duncan**. On the value of electrolysis in angioma a. goitre B. m. J. 3. XI. p. 984. — 1888. **Huntington**. N. Y. med. J. 28. VI. см. Cesbron. — 1889. **Kochmann**. Ueber naevi vasculares. I. D. Würzburg. см. V. I. B. 25 п. p. 605. — 1890. **Redard**. De l'électrolyse etc. Gaz. de Paris. № 4. см. V. I. B. 25 п. p. 388. — 1890. **Quaife**. Austral. med. Gaz. X. см. Cesbron. — 1891. **Turnbull**. VII. интерн. конгрессъ. Лондонъ. III. p. 362. см. Cesbron. — 1891. **Haug**. Zur mikroscop. Anatomie d. Geschw. d. äusseren Ohres. A. f. Ohr. XXXII 2. см. C. Path. 1892. p. 420. — 1892. **Reverdin**. Tumeur cirsoide du pavillon de l'oreille. R. S. R. № 11. p. 745. см. V. I. B. 27. — 1892. **Matas**. Large cavernous angioma etc. Med. News. 24. XII. см. V. I. B. 27. — 1893 **Siegmund**. см. стр. 85. —1893. **Politzer**. см. L. O. E. — 1895. **Hennebert**. Tumeur télangiectatique volumineuse remplissant la conque et le conduit auditif externe. Soc. belge d'otol. 4. VI. см. Cesbron — 1896. **Flatau**. Aneurysma cirsoides d. Ohrmuschel u. d. Umgebung. Berl. med. Ges. 10. VI; B. kl. W. № 26. — 1896. **Gluck**. Пренія. ibidem. — 1896. **Brieger**. Klin. Beiträge z. Ohrenheilk. см. L.O.E. III/2. p. 723. -- 1897. **Gruber**. M. f. Ohr. p. 371. см. L.O.E. III/2. p. 723. — 1897. **Kümmel**. Verh. d. deutsch. Otol. Ges. см. L. O. E. III 2. — 1898. **Lieblein**. Über einen durch Alcoholinjectionen vollständig geheilten Fall von Angioma arteriale racemosum des Kopfes. B. B. 20. — 1898. **Berger**. Die Exstirpation des Angioma arteriale racemosum am Kopfe. B. B. 22. — 1898. **Duplay**. Maladies du pavillon de l'oreille. In D. R. p. 782. — 1900. **Kjor**. Sitz. d. dän. oto-lar. Ges. 21. IV. M. f. Ohr. см. Cesbron. — 1901. **Egger**. Un cas d'angiome etc. An. or-lar. avril. см. Cesbron. — 1901. **Alexander**. Anatom. Untersuch. über Geschwülste d. äuss. Ohres. Z. f. Ohr. 38. см. L. O. E. X./1. — 1901. **Cheesmann**. Buffalo med. J. см. V. I. B. 36. — 1902. **Payr**. см. стр. 90. — 1903. **Arslan**. Sugli angiomi cavernosi dell orecchio. Arch. ital. di otol. XIV/4. см. Cesbron. — 1903. **Fleischl**. Über das arterielle Rankenangiom des Ohres. W. kl. W. № 35. p. 1646—1651. — 1904. **Springer**. Entwickelung von Hämangiom im Anschluss an das Ohrringstechen. Pr. m. W. № 34. по реф. — 1904. **Struycken**. Soc. néerland. d'oto-rhino-lar. 23. IV. см. Cesbron. p. 73. — 1904. **Bichelonne**. Rev. hebdom. de lar. № 44. см. Cesbron. p. 58. — 1905. **Haug**. Naevus cutaneus des Meatus u. Trommelfells. Beitr. z. Ohrenheilk. Festschr. f. Lucae. p. 183. см. V. I. B. — 1905. **Chernbach**. Spitalul. № 9. см. C. Chir. p. 875. — 1906. **Donalies**. Die Pathologie d. Geschwülste des Gehörorgans. L. O.E. X I. Ergänzungsbd. — 1907. **Politzer**. Demonst. eines Angioms der Ohrmuschel. M. f. Ohr. № 10. см. V. I. B. 42 п. p. 472. — 1908. **Macleod. Yearsley**. A case of angeioma of the rigth auricle and meatus. L. 29/п. p. 640. — 1908. **Serafini**. Di un voluminoso aneurismo cirsoideo del padiglione dell' orecchio. Il Policlinico. 4. IV. p. 159. см. J. B. Chir. XIV. p. 1362. 1908. **Дьяконовъ**. VI обзоръ дѣятельности хир. госп. клин. И. М. У. Работы клин. т. XIV. -- 1909. **Citelli**. см. Cesbron. — 1909. **Cesbron**. Contribution à l'étude des angiomes du pavillon de l'oreille. Thèse. Paris. — 1909. **Castex**. Maladies des oreilles. in D. D. XVIII. — 1910. **Reinking** Feuermal der rechten Gesichtshälfte etc. Aerztl. Ver. zu Hamburg. 26. IV. Пр. in B. kl. W. № 21. p. 990. — 1911. **Urbantschitsch**. K. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 10. XI. Пр. in B. kl. W. № 50. — 1911. **Fabry**. см. стр. 89. —

1911. **Manasse**. Kongenitaler Tumor der Ohrmuschel. Unterelsäss. Aerzte-Ver. Strassburg. 24. VI. In B. kl. W. № 32. — 1911. **Saar**. Krankenvorstellung. Wiss. Aerzteges. in Innsbruck. 23. XI. Пр. in W. kl. W. 1912. № 13. p. 507. — 1912. **Barjou**. Lyon méd. 117. № 51. см. Derm. W. 1912. № 27. p. 868. — 1912. **Schwarz**. Tumeur érectile artérielle diffuse de l'oreille et des régions environnantes. Soc. chir. XXXVIII. № 13. p. 489. — 1912. **Morestin**. Angiome pulsatile du pavillon de l'oreille. Soc. chir. XXXVIII. № 15. p. 519—522. — **Kuhn, Colles**. см. L.O.E. III 2. — **Hewet, Jones**. см. Serafini.— **König**. см. Wagner. p. 71.—**Niemak**. A. f. Ohr. 34. см. L.O.E. III. 1. p. 729.

---

6. Гемангiомы различныхъ другихъ областей лица. Въ этомъ небольшомъ отдѣлѣ мною собраны изъ литературы тѣ немногочисленные случаи гемангiомъ, которые были расположены тоже въ области лицевой части черепа, но внѣ приведенныхъ выше (§§ 1—5) отдѣльныхъ ея областей. Сюда относятся какъ гемангiомы той части тѣла, которая съ анатомической точки зрѣнiя относится и къ головѣ и къ шеѣ, такъ и гемангiомы кожи, не покрытой волосами части височной области, а также гемангiомы другихъ областей. *Mauclaire и de Bovis* (1896) выдѣлили гемангiомы области, относящейся и къ головѣ и къ шеѣ, въ отдѣлъ: angiomes maxillaires inférieurs.

Такъ какъ микроскопическое изслѣдованiе опухолей не производилось въ большинствѣ собранныхъ мною изъ литературы случаевъ, то я ограничусь перечисленiемъ фамилiй тѣхъ авторовъ, которые описали подобныя гемангiомы.

Эти авторы слѣдующiе: *Maunoir* 1820, *Paget*. *Boyer*, *Hofmokl* 1880, *Santi* 1885, *Loederich* 1885, *Duzéa* 1886, *Turner* 1894, *Roux de Brignolles* 1897, *de Bovis* 1897, *de Rouville* 1899, *Weischer* 1902 и *Leiner* 1910. Послѣднiй авторъ наблюдалъ у 19-мѣсячной дѣвочки множественныя ангiомы лица, которыя изъязвились, при чемъ, въ концѣ концовъ, на мѣстѣ сосудистыхъ опухолей образовались плотные узлы.

Лишь въ двухъ случаяхъ (случаи *Broca и Pilliet* 1894 и *Szendrö* 1903) приведено описанiе микроскопическаго изслѣдованiя гемангiомъ.

Broca и Pilliet наблюдали у женщины 40 лѣтъ небольшую, величиною съ кедровый орѣхъ, опухоль, расположенную между носомъ и верхнею губою. Опухоль вылущилась легко. При микроскопическомъ

изслѣдованіи опухоль оказалась ангіомой, въ межуточной ткани которой была найдена какъ жировая ткань, такъ и „саркоматозно“ разросшаяся соединительная ткань.

Szendrö удалилъ у мужчины 30-ти лѣтъ изъ кожи височной области небольшую опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ. Опухоль появилась за 8 лѣтъ до операціи внезапно послѣ поднятія тяжелыхъ гирь. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли, *Szendrö* нашелъ плотную соединительнотканную строму, содержащую всевозможные сосуды (артеріи, вены и капилляры) и мѣстами красные кровяные шарики и сгустки крови. Въ стѣнкахъ полостей плотныя образованія (сростки $CaCo_3$). Angioma cavernosum“. *(?)*

По мнѣнію автора, въ этомъ случаѣ имѣется ангіома, пріобрѣтенная послѣ травмы.

Для объясненія образованія описанной имъ кавернозной гемангіомы *Szendrö* приводитъ цѣлый рядъ не особенно, по моему мнѣнію, убѣдительныхъ соображеній. Прежде всего онъ указываетъ на то, что его паціентъ незадолго до появленія опухоли перенесъ тифъ, послѣдствіемъ котораго могло быть ослабленіе мышцъ сосудистыхъ стѣнокъ. При поднятіи гири произошелъ застой крови въ венахъ головы, въ томъ числѣ и въ височныхъ венахъ, подъ вліяніемъ же поднятія кровяного давленія въ венѣ могло или остро развиться варикозное ея расширеніе (varix), или же произошелъ ея разрывъ. И въ томъ и въ другомъ случаѣ *Szendrö* считаетъ образованіе гемангіомы возможнымъ.

Слѣдствіемъ образованія varix'а является, по его мнѣнію, мѣстное замедленіе тока крови и образованіе тромбовъ, послѣдствіемъ которыхъ является нарушеніе питанія какъ въ сосудистой стѣнкѣ, такъ и въ прилежащихъ къ ней тканяхъ. Часть тромботическихъ массъ всасывается, часть объизвествляется, а по окружности ихъ развивается соединительная ткань. Такимъ образомъ, по *Szendrö* получаются вмѣсто тромбовъ кавернозныя полости. Остается только допустить, что изъ близко расположенныхъ сосудовъ произошелъ прорывъ крови въ эти новообразованныя полости и образованіе пріобрѣтенной кавернозной гемангіомы будетъ, по *Szendrö*, закончено. *(?)*

Въ случаѣ же разрыва стѣнки вены получится, по тому же автору, подкожное кровоизліяніе, которое превратится въ соединительную ткань: „es ensteht“, говоритъ *Szendrö*, „ein subcutanes Blutextravasat, welches sich dann in Bindege-

webe umwandelt. Ob aber dieses Bindegewebe auch kavernöse Räume bilden könnte, ist noch zu untersuchen"[1]. (?) Какъ видно изъ цитированнаго отрывка статьи *Szendrö*, возможность дальнѣйшаго превращенія соединительной ткани въ кавернозныя полости не установлена авторомъ.

Какъ дальше указываетъ упомянутый авторъ, пріобрѣтенныя ангіомы не представляютъ собой новообразованія въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, а лишь родъ самопомощи организма: „Das erworbene Angioma cavernosum" пишетъ *Szendrö*, „ist keine Geschwulst sensu strictiori, sondern ein Gebilde zur Selbsthilfe des Organismus zur Paralysierung der durch die Erweiterung gesetzten Ernährungsstörungen"[2]. Изъ этихъ словъ самого автора видно, что самъ онъ не причисляетъ описанную имъ опухоль къ новообразованіямъ.

По моему мнѣнію, эта опухоль никакого отношенія къ гемангіомамъ не имѣетъ и названа *Szendrö* кавернозной гемангіомой только по недоразумѣнію. Точно также не имѣютъ значенія для выясненія патогенеза гемангіомъ всѣ тѣ соображенія, которыя были высказаны *Szendrö* для объясненія появленія изслѣдованной имъ опухоли.

Изъ приведеннаго въ этомъ подъотдѣлѣ матеріала видно, что гемангіомы лица предпочтительно локализируются въ опредѣленныхъ его областяхъ (§§ 1—5), а внѣ ихъ встрѣчаются лишь рѣдко. Приведенный мною случай *Szendrö* только показываетъ, какіе различные патологическіе процессы нѣкоторыми авторами иногда причисляются къ гемангіомамъ. Я остановился на случаѣ *Szendrö* болѣе подробно потому, что многіе авторы (*Деревенко* и др.) цитируютъ его и приводятъ въ качествѣ примѣра типичной гемангіомы.

Литература. 1820. **Maunoir**. см. V. p. 338. — 1880. **Hofmokl**. Wien. med. Presse. № 30. см. Mathez. p. 72, M. B. p. 138. — 1884. **Santi**. Des tumeurs anévrysmales de la région temporale. A. gén. méd. 1884. p. 679, 1885. p. 173. см. V. I. B. — 1885. **Loederich**. Observation d'angiome pul-

[1] *Szendrö*. Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum. W. m W. 1903. № 24. p. 1155.

[2] *Szendrö*. l. c.

satile. Arch. de méd. milit. № 3. p. 81. см. V. I. B. 20. — 1886. **Duzéa**. Sur quelques troubles de développement du squelette dus à des angiomes superficiels. Thèse. Lyon. см. M. B. p. 138. — 1894. **Broca et Pilliet**. Soc. anat. 27. VII. см. C. Path. 1895. p. 330. — 1894. **Turner**. Clin. Soc. of London. 30. III. Br. m. J. IV. p. 753. — 1897. **Roux de Brignolles**. Cas d'anévrysme cirsoide de la région temporale etc. Soc. chir. p. 36. см. V. I. B. 32. — 1897. **de Bovis**. Soc. anat 18. VI. p. 529. см. Le Dentu. p. 11. — 1899. **Rouville**. Anévrysmes cirsoides. Montpell. méd. № 27. см. V. I. B. 34. — 1902. **Weischer**. см. стр. 96. — 1903. **Szendrő**. Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum. W. m. W. № 24. p. 1154. — 1910. **Leiner**. Дем. Wien. derm. Ges. 23. XII. Пр. in M. Kl. 1911. № 8. p. 340. — **Paget**. см. V. p. 360. — **Boyer**. см. Quénu. p. 499.

---

7. **Гемангіомы, занимающія значительную часть лица.** Среди очень большого размѣра гемангіомъ покрововъ лица попадаются какъ простыя гемангіомы и родимыя пятна, такъ и кавернозныя и, наконецъ, рацемозныя гемангіомы. Большинство такихъ опухолей обычно описывается клиницистами съ цѣлью обратить вниманіе врачей на тотъ или другой изъ многочисленныхъ способовъ, предложенныхъ для лѣченія этихъ опухолей. Такъ какъ почти во всѣхъ такихъ клиническихъ работахъ отсутствуетъ описаніе микроскопическаго строенія опухоли, то я ограничусь приведеніемъ только списка авторовъ этихъ работъ. Сперва я перечислю авторовъ, описавшихъ родимыя пятна, простыя и кавернозныя гемангіомы, а затѣмъ тѣхъ авторовъ, которые изучали рацемозныя гемангіомы.

Родимыя пятна, простыя и кавернозныя гемангіомы, занимавшія значительную часть лица, описали слѣдующіе авторы: *Marjolin*, *Dieffenbach*, *Bruns* 1859, *Weber* 1869, *Coombs* 1881, *Boudet-Schwarz* 1884, *Мансуровъ* 1886, *Duzéa* 1886, *Froehlich* 1888, *Duncan* 1888, *Bastianelli* 1889, *Péan* 1891, *Fleury* 1891, *Parona* 1894, *Foster* 1895, *Oppenheimer* 1898, *Jeanbrau* 1900, *Соломка* 1900, *Seifert* 1902, *Weischer* 1902, *Payr* 1902, *Gaucher et Trémollières* 1902, *Kreibich* 1902, *Kaposi* 1902, *Lannelongue* 1905, *Barjou* 1907, *Sándor* 1907, *Guinard* 1908, *Brault* 1908, *Hubbart* 1908, *Davis* 1908, *Donald* 1909, *Wolf* 1909, *Küster* 1909, *Miroudot* 1909, *Schmidt* 1909, *Hoche* 1909, *Du Bois* 1909, *Лихтманъ* 1910, *Reitmann* 1910, *Looser* 1910, *Oppenheim*

1911, *Fabry* 1911 (девять случаевъ). *Levy-Dorn* 1911, *Magyar* 1912, *Rabl* и мн. др.

Рацемозныя гемангіомы, занимавшія значительную часть лица, описали (безъ указаній на микроскопическое изслѣдованіе), насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Bushe*, *Mott*, *Maunoir* 1821, *Breschet* 1834, *Pinel-Grandchamp*, *Jüngken* 1869, *Mynter* 1890, *Kötschau* 1893, *Chalot* 1896, *Lannelongue* 1905.

Микроскопическому изслѣдованію подверглось лишь самое незначительное количество такихъ распространенныхъ, занимавшихъ бо́льшую часть лица, гемангіомъ.

Virchow (1864) изслѣдовалъ большое сосудистое пятно, занимавшее половину кожи лица. Въ глубокихъ частяхъ кожи онъ нашелъ многочисленныя мѣшковидныя расширенія мелкихъ венъ. Такія же „варикозныя" расширенія находились въ мышцахъ, надкостницѣ и костяхъ этой области лица. Въ поверхностныхъ частяхъ кожи лица количество расширеній по ходу венъ было значительно больше и на срѣзахъ расширенія представлялись въ видѣ полостей, расположенныхъ очень близко другъ отъ друга. Эти полости достигали значительной величины и имѣли самую разнообразную форму. Стѣнки ихъ были довольно толсты и состояли изъ нѣсколькихъ слоевъ: „Sie haben", говоритъ *Virchow*, „eine deutlich erkennbare, ziemlich starke, mehrfach geschichtete Wand" [1]).

На основаніи своихъ изслѣдованій *Virchow* пришелъ къ заключенію, что въ данномъ случаѣ процессъ состоялъ главнымъ образомъ въ расширеніи корней венъ, тогда какъ капилляры въ процессѣ почти не участвовали. На основаніи этого изслѣдованія онъ предложилъ отдѣлить родимыя пятна („телеангіэктазіи, распространяющіяся диффузно и на большомъ протяженіи") отъ простыхъ ангіомъ и выдѣлить ихъ въ особую группу „варикозныхъ" или „венозныхъ" ангіомъ (telangiectasis venosa, angioma varicosum simplex) (стр. 19).

Такое же гистологическое строеніе родимаго пятна на щекѣ нашелъ *Billroth* у старика 70 лѣтъ.

Со времени *Virchow*'а не появлялось такихъ работъ, которыя внесли бы что либо новое въ выясненіе строенія родимыхъ пятенъ. На это въ свое время обратилъ вниманіе и *Unna* (1894). „In den letzten 30 Jahren", пишетъ этотъ авторъ, „ist auch nicht eine einzige wesentliche Thatsache dem von *Vir-*

---

1) V. p. 417.

chow gegebenen Bilde hinzugefügt worden“ [1]). Самъ *Unna*, изслѣдовавшій 2 случая родимыхъ пятенъ, называетъ ихъ „naevi angiomatodes“ и всецѣло подтверждаетъ описаніе *Virchow*'а. *Unna* также считаетъ, что данный патологическій процессъ состоитъ въ расширеніи венъ кожи. Кромѣ того происходитъ, по этому автору, расширеніе и гипертрофія стѣнокъ венозныхъ капилляровъ кожи. Стѣнки послѣднихъ состоятъ изъ однослойнаго эндотелія и изъ богатой клѣтками коллагенной ткани, переходящей въ межуточную ткань cutis. Отъ послѣдней эта коллагенная ткань отличается лишь болѣе интенсивною окрашиваемостью. Далѣе *Unna* обращаетъ вниманіе на отсутствіе эластической ткани въ стѣнкахъ гипертрофированныхъ венозныхъ капилляровъ и на меньшее содержаніе эластической ткани въ венахъ родимыхъ пятенъ по сравненію съ нормальными венами кожи.

Въ своей статьѣ, посвященной выясненію причины бѣлаго цвѣта человѣческой кожи, *Kromayer* (1890) указалъ только на то, что эпидермисъ въ области родимыхъ пятенъ ничѣмъ не отличается отъ эпидермиса нормальной кожи.

Riecke (1902) микроскопически изслѣдовалъ часть большого родимаго пятна лица, захватившую и губу. О результатахъ его изслѣдованія будетъ мною упомянуто въ отдѣлѣ, посвященномъ гемангіомамъ губъ.

Что касается микроскопическаго изслѣдованія рацемозныхъ гемангіомъ съ локализаціей въ области большей части лица, то таковое, повидимому, было произведено только *Lambert*'омъ (1893). Этотъ авторъ наблюдалъ сильное кровотеченіе изъ такого характера опухоли, занимавшей у девятилѣтняго мальчика правую половину головы. На основаніи изслѣдованія удаленной части опухоли, оказавшейся рацемозной ангіомой, *Lambert* пришелъ къ заключенію, что утолщеніе интимы является наиболѣе важнымъ и постояннымъ явленіемъ въ патолого-анатомической картинѣ этого заболѣванія.

Изъ приведеннаго выясняется, что, несмотря на сравнительную частоту нахожденія большихъ сосудистыхъ ро-

---

[1]) *Unna*. Die Histopathologie der Haut. 1894. p. 1190.

димыхъ пятенъ лица, гистологическое строеніе ихъ оказывается мало изученнымъ. Для того, чтобы окончательно установить микроскопическую картину этого заболѣванія, необходимы новыя изслѣдованія.

Литература. 1821. **Maunoir.** см. Schück. p. 78. - 1834. **Breschet.** см. Schück. p. 63. — 1859. **Bruns.** см. Trendelenburg. — 1864. **Virchow.** см. стр. 9. — 1869-73. **Weber.** см. стр. 77. — 1869. **Jüngken.** см. стр. 102. — 1881 **Coombs.** см. стр. 96. — 1884. **Schwarz et Boudet.** Congr. franç. de chir. III. см. Mathez. p. 68. — 1886. **Мансуровъ.** Naevus vasculosus. Сборникъ клинич. наблюд. Москва. см. V.I.B. 21. — 1886. **Duzéa.** см. стр. 106. — 1888. **Froehlich.** Der Blutschwamm u. seine Behandlung. I. D. Berlin. см V. I. B. — 1888. **Duncan.** см. стр. 102. — 1889. **Bastianelli.** Intorno alla cura di un vasto angioma della faccia. Bull. d. Soc. Lancisiana di Roma. Agosto. см. V.I.B. 24/II. p. 400. — 1890. **Mynter.** A. S. St. Louis. см. Тиховъ. p. 242. — 1890. **Kromayer.** Was bedingt die weisse Farbe unserer Haut? D.m.W. № 25. — 1891. **Péan.** Deux cas d'angiomes de la face. G.d.H. № 135. см. V.I.B. 26. p. 341. — 1891. **Fleury.** A propos d'un cas de tumeurs vasculaires volumineuses chez un enfant de 5 mois. Bull. méd. du nord. Lille. T. XXX. p. 339. (не было доступно ни въ ориг., ни въ реф.) — 1893. **Lambert.** Das Rankenangioma u. seine Behandlung. I. D. Berlin. см. V.I.B.—1893 **Kötschau.** D.m.W. см. Тиховъ. p. 243. — 1894. **Parona.** Gaz. degli ospedali. 30. I. см. B. № 9. p. 275. — 1875. **Foster.** Rapide growth of a naevus vasculosus. J. cut. gen. March. см. V.I.B. — 1896. **Chalot.** Anévrisme cirsoide. Indép. med. см. V.I.B. 31. — 1896. **Lannelongue.** Anévrisme cirsoide. Bull. méd. Paris; Rev. de thérap. med.-chir. Paris. по реф. — 1898. **Oppenheimer.** Naevus vasculosus des Gesichts. D.m.W. № 38. см. L.O.E. VI. p. 639. — 1900. **Jeanbrau.** Enorme angiome diffus de la face et du cou. Nouv. Montp. № 17. см. V.I.B. 35/II., Soc. anat. 25. — 1900. **Соломка.** B. 37. — 1902. **Riecke.** Naevus vasculosus giganteus. A. f. D. 63. p. 259 — 267. — 1902. **Seifert.** Ein Fall von Naevus vasculosus molluseiformis. A.f.D. 59. p. 157. — 1902. **Weischer.** см. стр. 96. — 1902. **Payr.** см. стр. 90.— 1902. **Gaucher et Trémollières.** Naevus angiomateux de la face. An. derm. 3. № 12. p. 1168. см. L.O.E. X/I. p. 70. и R. Neur. 1903. p. 428. — 1902. **Kreibich.** K.K. Ges. d. Aerzte in Wien. 31. I. см. W.kl.W. № 6. — 1902. **Kaposi.** Verh. d. Wien. derm. Ges. 29. I. см. W.kl.W. № 33. — 1905. **Lannelongue.** Leçons de clinique chirurgic. Paris. по реф. — 1907. **Barjou.** Lyon méd. № 23. см. V.I.B. — 1907. **Sándor.** Orvosi Hetilap. № 28. см. C. Chir. p. 1362. — 1908. **Hubbart.** A Case of Naevus vasculosus. Soc. derm. N.Y. Acad. med. 10. XI. (не доступно ни въ ориг., ни въ реф.). — 1908. **Guinard** Angiome diffus de la face, de la langue, du cou et de la tempe. Guérison par ignipuncture. Soc. chir. 1 Juillet. p. 889. — 1908. **Brault.** Angiome diffus de la face, guéri par l'ignipuncture. Soc. chir. 15. VII. p. 929. — 1908.

Davis. Teleangiectases in a child. Phil. Derm. Soc. J. cut. gen. Dec. см. V.I.B. — 1909. **Donald**. Br.m.J. 3. IV. — 1909. **Wolf**. Zur Kasuistik der Deformitäten des Gesichtsschädels bei angeborener Angiombildung. B.B. 64. p. 130—134. — 1909. **Küster**. см. стр. 89. — 1909. **Miroudot**. Traitement des angiomes graves de la face. Thèse. Paris. см. S.m. № 17. — 1909. **Schmidt**. Zwei Fälle von Naevus vasculosus durch Röntgen-Bestrahlung geheilt. D.m.W. № 52. — 1909. **Hoche**. Naevus vasculaire de la face traité par la lumière de la lampe à mercure. Revue méd. de l'Est. 41. № 16. см. P.m. № 81. — 1909. **Du Bois**. Naevus vasculaire à la face, traité par le radium. R.S.R. № 1. p. 34. — 1910. **Лихтманъ**. Жидкій воздухъ и углекислота въ видѣ снѣга при лѣченіи кожныхъ болѣзней. Р.В. № 30. p. 1019. — 1910. **Reitmann**. Wien. dermat. Ges. 20. IV. см. M.Kl. № 38. — 1910. **Looser**. Naturh.-med. Ver. zu Heidelberg. 21. XI. см. M.m.W. — 1911. **Oppenheim**. Wien. dermat. Ges. 15. IV. см. M.Kl. № 32. — 1911. **Fabry**. см. стр. 89. — 1911. **Levy-Dorn**. Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Naevus vasculosus faciei. Berl. med. Ges. 13. XII. см. B.m.W. № 1. — 1912. **Magyar**. Дем. in Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien. 13.VI. 11p. W. kl.W. № 28. p. 1107; M.Kl. № 26. p. 1088. — **Rabl**. см. Kreibich. — **Marjolin**, **Dieffenbach**. см. Trendelenburg. — **Bushe**, **Pinel-Grandchamp**, **Mott**. см. Schück. p. 66, 71 и 79.

---

b) Гемангіомы волосистой части головы.

Гемангіомы волосистой части головы составляютъ лишь около $1/4$ всѣхъ гемангіомъ, наблюдающихся въ области покрововъ черепа. *Virchow* (1863) и *Mauclaire u. de Bovis* (1896) считали ихъ даже рѣдкими. „L'angiome du cuir chevelu", пишутъ оба послѣдніе автора, „serait rare" [1]).

Гемангіомы описываемой области раздѣляются авторами обыкновенно на поверхностныя и глубокія. Послѣднія въ свою очередь дѣлятся на сообщающіяся съ внутричерепной сосудистой системой и на не сообщающіяся съ нею. Первыя—angiomes profonds communiquants, по *Mauclaire u. de Bovis*, angiome péricranien ou tumeur sanguine en communication avec la circulation veineuse intracranienne, по *Auvray* (1911), и sinus pericranii, по *Müller*'у (1912), — описаны давно (первый случай *Parker*'омъ въ 1772 г.) и впервые были подробно изучены *Dupont* (1858). Послѣ работы послѣдняго

---

1) M. B. p. 124.

автора появился еще рядъ монографій, посвященныхъ преимущественно клинической картинѣ этого рѣдкаго заболѣванія (*Demme* въ 1861 г., *Wislizenus* въ 1869 г., *Gayraud* въ 1879 г., *Martin* въ 1886 г., *Treves* въ 1886 г. и др.).

Heineke (1882), который собралъ изъ литературы 7 случаевъ „сообщающихся" гемангіомъ, считалъ, что заболѣваніе состоитъ во врожденной аномаліи, именно въ закладкѣ слишкомъ широкихъ сосудовъ въ области послѣдующаго развитія опухоли.

Lannelongue (1886), кромѣ собственнаго случая, собралъ изъ литературы еще 20 наблюденій, изъ которыхъ въ двѣнадцати, повидимому, были описаны „сообщающіяся" гемангіомы. Произведенное въ шести случаяхъ (случаи *Pelletan*, *Michaud*, *Bush*'а, *Flint*'а, *Demme* и *Lannelongue*) вскрытіе подтвердило клиническій діагнозъ.

Упомянутыя гемангіомы располагаются по средней линіи черепа и сообщаются при помощи расширенныхъ и увеличенныхъ въ числѣ venae diploicae съ sinus longitudinalis superior. *Lannelongue* высказалъ также предположеніе, что постепенное расширеніе этихъ „veines émissaires" происходитъ въ ранній періодъ зародышеваго развитія организма, когда только еще начинается окостенѣніе черепной крышки.

Въ послѣднее время также описанъ рядъ случаевъ такихъ „сообщающихся" гемангіомъ, а именно *Hallmann*'омъ 1890, *Karewski* 1890, *Dittmann*'омъ 1893, *Гагенъ-Торномъ* 1905 и *Müller*'омъ 1912 [1]).

Гагенъ-Торнъ удалилъ у женщины 30-ти лѣтъ подобную опухоль и назвалъ ее varix racemosus capitis communicans.

Müller изслѣдовалъ небольшую опухоль, удаленную *Hildebrand*'омъ у 13-лѣтней дѣвочки.

Съ рожденія у больной было замѣчено маленькое синеватое пятно въ лѣвой теменной области. При операціи была удалена ячеистая опухоль, наполненная кровью и сообщавшаяся съ внутричерепнымъ синусомъ при помощи двухъ emissaria. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что она состоитъ изъ многочислен-

---

[1]) Такого же рода „сообщающейся" гемангіомой является, повидимому, опухоль, описанная *Dambrin и Tanzi* 1910 (стр. 80).

ныхъ полостей, наполненныхъ кровью. Полости раздѣлялись другъ отъ друга перегородками, мѣстами выстланными эндотеліемъ.

По строенію *Müller* причислилъ изслѣдованную имъ опухоль къ кавернознымъ гемангіомамъ, при чемъ онъ особо отмѣтилъ, что опухоль венознаго характера, такъ какъ приводящіе и отводящіе ея сосуды оказались венами. По клинической аналогіи съ заболѣваніемъ, впервые описаннымъ *Stromeyer*'омъ (1850), *Müller* для обозначенія своей опухоли воспользовался названіемъ, предложеннымъ *Stromeyer*'омъ, и причислилъ ее къ sinus pericranii. Это названіе является сборнымъ и характеризуетъ только клиническую картину, общую для нѣкоторыхъ этіологически различныхъ патологическихъ процессовъ.

По мнѣнію авторовъ, „сообщающіяся" гемангіомы образуются одновременно съ кожной или подкожной гемангіомой того же отдѣла волосистой части головы, почему онѣ мною и приведены совмѣстно съ послѣдними.

Простыя и кавернозныя гемангіомы волосистой части головы, а также *родимыя пятна*, но не сообщающіяся съ внутричерепной кровеносной системой, описываются сравнительно рѣдко.

Въ доступной мнѣ литературѣ я нашелъ указанія на наблюденія только слѣдующихъ авторовъ: *Costilhes*'а 1851, *Maier*'а 1855, *Bruns*'а 1859, *Bertherand* 1860, *Porta* 1861, *Nussbaum*'а 1861, *Maas* 1880, *Poulet* 1883, *Kochmann*'а 1889, *Stamm*'а 1891, *Напалкова* 1903, *Дьяконова* 1905 и 1908, *Küster*'а 1909, *Friedjung*'а 1911, *Algyogyi* 1911, а также *Busche*.

Микроскопическое изслѣдованіе такихъ гемангіомъ было произведено, повидимому, только *Maier*'омъ (1855), *Stamm*'омъ (1891), *Напалковымъ* (1903) и *Дьяконовымъ* (1905 и 1908).

Maier приводитъ подробное описаніе строенія кавернозной гемангіомы кожи волосистой части черепа. Интересно указаніе этого автора на то, что онъ не нашелъ большихъ кровеносныхъ сосудовъ, которые сообщались бы съ опухолью. Развитіе опухоли состоитъ, по его мнѣнію, въ новообразованіи и расширеніи сосудовъ съ гипертрофированными стѣнками. Подкожная соединительная ткань „тоже гипертрофирована". Образованіе синуозныхъ полостей *Maier* объясняетъ всасываніемъ („Resorption") близлежащихъ сосудистыхъ стѣнокъ (?) и сліяніемъ полостей сосѣднихъ сосудовъ.

Въ случаѣ *Stamm*'а у мужчины 54 лѣтъ опухоль занимала темен-

ную, височную и лобную кожную область съ лѣвой стороны. Опухоль появилась послѣ ушиба больною головой объ уголъ стола (за 1/2 года до операціи). Размѣры опухоли: длина—5 cm., ширина—3,3 cm., наибольшая высота надъ уровнемъ кожи—7 mm. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась кавернозной гемангіомой, расположенной въ подкожномъ слоѣ. Полости опухоли достигали большой величины и были раздѣлены между собою перегородками, состоявшими изъ соединительной и изъ эластической тканей и содержавшими многочисленные мелкіе сосуды. Всѣ полости были выстланы эндотеліемъ. Кромѣ того *Stamm* нашелъ участки, состоящіе изъ расширенныхъ капиллярныхъ сосудовъ, выстланныхъ гипертрофированнымъ и гиперплазированнымъ (расположеннымъ въ 2 слоя) эндотеліемъ. Наконецъ, по периферіи опухоли *Stamm* нашелъ растянутые лимфатическіе сосуды, наполненные кровью.

Разбирая вопросъ о патогенезѣ кавернозныхъ гемангіомъ, *Stamm* приводитъ взглядъ *Langhans*'а (1873), по которому для образованія кавернозной гемангіомы достаточно наличности размножающагося эндотелія кровеносныхъ сосудовъ, а также взглядъ *Tillmanns*'а (1879), по которому образованіе кавернозныхъ гемангіомъ всецѣло зависитъ отъ дѣйствія кровяного давленія на сосудистыя стѣнки. *Stamm* комбинируетъ оба приведенные фактора (кровяное давленіе и размноженіе эндотелія кровеносныхъ сосудовъ) и считаетъ, что при ихъ совпаденіи создаются наиболѣе благопріятныя условія для образованія кавернозныхъ гемангіомъ: „Der Blutdruck und das gewucherte Endothel zusammen“, говоритъ этотъ авторъ, „sind die Factoren, denen die Ueberwindung der Resistenz, welche das Nachbargewebe ihnen stellt, gelingt“ [1]).

Что касается первопричины появленія кавернозной гемангіомы кожи въ своемъ случаѣ, то *Stamm* высказывается въ пользу возможности травматическаго ея происхожденія, имѣя въ виду, что его опухоль развилась вскорѣ послѣ ушиба. Нахожденіе крови въ лимфатическихъ пространствахъ, близлежащихъ къ опухоли, авторъ объясняетъ „внутреннимъ кровотеченіемъ“ изъ опухоли. На участіе лимфатической системы въ образованіи опухоли *Stamm* намекаетъ и въ данномъ имъ опредѣленіи: „haemangioma cavernosum lymphangiectaticum“.

---

1) *Stamm*. Beitrag zur Lehre von den Blutgefässgeschwülsten. I.D. Göttingen. 1891.

Напалковъ въ I обзорѣ дѣятельности клиники проф. Дьяконова въ Москвѣ упоминаетъ объ ангіомѣ головы у 3-хъ мѣсячной дѣвочки, у которой отъ рожденія надъ переднимъ окончаніемъ большого родничка была темнокрасная опухоль 1,5 cm. въ діаметрѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли она оказалась пещеристой ангіомой.

Дьяконовъ въ послѣдующихъ обзорахъ дѣятельности госп. хир. клин. И. М. У. приводитъ еще два такихъ случая.

Въ первомъ (1905) у дѣвочки на первомъ мѣсяцѣ жизни на волосистой части головы появилась опухоль, которая очень медленно увеличивалась, но черезъ 19 мѣсяцевъ достигла величины 3 cm. $\times$ 4 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли она оказалась ангіомой: были найдены скопленія густо расположенныхъ артеріальныхъ сосудовъ различныхъ размѣровъ и многочисленныя полости кавернознаго типа, образовавшіяся изъ этихъ сосудовъ.

Во второмъ случаѣ (1908) у двухмѣсячнаго мальчика было удалено родимое пятно, находившееся на теменной части головы и постепенно разраставшееся. Подъ микроскопомъ оказалась „ангіома".

Значительно большее число работъ посвящено *рацемознымъ* гемангіомамъ волосистой части головы, такъ какъ, въ виду рѣдкости этого заболѣванія, каждый новый случай обычно описывается. Рацемозныя гемангіомы волосистой части головы впервые выдѣлены *Robert*'омъ (1851). *Le Fort* въ 1875 г. уже собралъ изъ литературы 54 случая такихъ опухолей. *Мнѣ* самому (1909) удалось выяснить, что за 15 лѣтъ (1893—1908) описано 23 случая рацемозныхъ ангіомъ волосистой части головы. Всего до настоящаго времени въ медицинской литературѣ описано свыше ста подобныхъ опухолей. Надо, однако, имѣть въ виду, что среди этихъ опухолей встрѣчаются и сомнительныя, которыя одними авторами причисляются къ рацемознымъ ангіомамъ, а другими исключаются изъ ихъ числа. Напримѣръ, такіе случаи описали слѣдующіе авторы: *Warren* 1837, *Kuhl* 1842, *Maisonneuve* 1851, *Chevalier* 1851, *Cloquet и Orfila* 1851, *Broca* 1869, *Hill* 1870, *Lücke* 1872 и мн. др. Затѣмъ, во многихъ случаяхъ невозможно установить, изъ какого мѣста покрововъ головы начали разрастаться сосудистыя опухоли, которыя лишь впослѣдствіи захватили волосистую часть головы. Между тѣмъ многіе авторы причисляютъ такія опухоли именно къ гемангіомамъ волосистой части головы.

Наконецъ, нужно также указать на отсутствіе принципа опредѣленія точныхъ границъ „волосистой“ части головы, тѣмъ болѣе, что очень многія рацемозныя ангіомы первоначально локализируются на границѣ лобной и височной областей, около уха и т. д.

Я не привожу топографическаго распредѣленія всѣхъ собранныхъ мною изъ литературы рацемозныхъ ангіомъ волосистой части головы, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ имѣется только клиническое ихъ описаніе, безъ указаній на микроскопическое ихъ строеніе.

Авторы, описавшіе свои случаи рацемозныхъ ангіомъ волосистой части головы преимущественно съ клинической стороны, слѣдующіе: *Vidus Vidius* 1665, *J. L. Petit* 1774, *Busch* 1819, *Wardrop* 1827, *Dupuytren* 1828, *Mussey* 1830, *Elgin* 1831, *Cloquet* 1831, *Müller* 1832, *Graefe* 1832, *Breschet* 1834, *Warren* 1837. *Chelius* 1840, *Ammon* 1842, *Kuhl* 1842. *Liston* 1844, *Gibson* 1845, *Larrey* 1849, *Wutzer* 1850, *Robert* 1851, *Nélaton* 1852, *Busch* 1854, *Bonnet* 1855, *Prescott Hewett* 1857, *Decès* 1857, *Broca* 1857, *Philippeaux* 1858. *Broca* 1860, *Bünger* 1860, *Middeldorpf-Goldschmidt* 1864, *Scholz* 1866, *Fraser* 1867, *Ghéniot* 1868, *Hirtler* 1869, *Billroth* 1871, *Duncan* 1872, *Roth* 1873, *Caradec* 1873, *Madelung* 1874, *Bureau* 1875. *Le Fort* 1875, *Hulke* 1877, *Körte* 1880, *Paulitzky* 1882, *Guillemin* 1884, *St. Germain* 1884, *Fergusson* 1885, *Plessing* 1886, *Склифосовскій* 1887, *Wright* 1888. *Duncan* 1888, *Кадьянъ* 1888, *Poncet* 1890, *Madelung* 1891, *Woods* 1892, *Meyer* 1892, *Widmann* 1893, *Lambert* 1893, *Kötschau* 1893, *Hamilton* 1893, *Forbes* 1895, *Lannelongue* 1896, *Klein* 1896, *Chalot* 1896, *Gérard-Marchand* 1897, *Beaumont* 1897, *Pratt* 1897, *Roux de Brignolles* 1897, *Roux* 1897, *Reverdin* 1897. *Berger* 1898, *Бобровъ* 1898, *Hitschmann* 1898, *Mikulicz* 1898, *Lieblein* 1898, *Willemin* 1899, *Rouville* 1899, *Dollinger* 1899. *Wuth* 1900, *Coley* 1901, *Stierlin* 1901, *Meyer* 1901, *Véron* 1902, *Goering* 1903, *Madelung* 1903, *Wyeth* 1903, *Wolf* 1905. *Krogius* 1905, *Goldmann* 1906, *Glück* 1906, *Körte* 1907, *Sultan* 1907, *Clairmont* 1908. *Деревенко* 1909, *Hahn* 1909. Кромѣ того я привожу имена авторовъ, относительно которыхъ мнѣ не удалось выяснить времени опубликованія ихъ работъ: *Arenzio*. *Bradley*. *Blackmann*. *van Buren*, *Bushe*, *Carden*, *Detmolt*. *Lydell*, *Muer*, *V. Mott*, *A. B. Mott*. *Новацкій*, *Пироговъ*, *Rodgers*, *Smith*, *Southmann*, *Umann*, *Wunderloch*, *Яковлевъ*.

Нѣкоторые авторы имѣли возможность произвести микроскопическое изслѣдованіе своихъ случаевъ рацемозныхъ гемангіомъ волосистой части головы.

Однимъ изъ первыхъ произвелъ такое изслѣдованіе *Robin* (1854), который нашелъ утолщеніе стѣнокъ артерій съ болѣе плотной, чѣмъ обычно, связью между ихъ адвентиціей и окружающими тканями. Утолщеніе стѣнокъ артерій обусловлено было, по описанію *Robin*'а, утолщеніемъ „желтаго, эластическаго слоя“ ихъ.

Labbé (1872) также нашелъ утолщеніе стѣнокъ артерій, въ мышечномъ слоѣ которыхъ онъ констатировалъ начальную стадію жирового перерожденія.

Въ случаѣ *Kretschmann*'а (1881) были найдены участковыя утолщенія интимы и мышечнаго слоя сосудовъ. Мышечныя клѣтки были раздвинуты соединительной тканью, исходившей изъ утолщенной интимы.

Kümmel (1883) указываетъ на равномѣрную атрофію и жировое перерожденіе всѣхъ слоевъ артеріальныхъ стѣнокъ въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ.

Terrier (1890) удалилъ у мужчины (возрастъ его не указанъ) рацемозную ангіому правой теменной и затылочной областей. Опухоль развилась послѣ травмы въ теченіи 8 лѣтъ и состояла, по словамъ автора, изъ клубка широко сообщающихся между собою артерій и венъ. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли произвелъ *Malassez*. По изслѣдованію послѣдняго, опухоль состояла изъ множества полостей самой различной величины, начиная отъ самыхъ маленькихъ и кончая большими, видными простымъ глазомъ и достигавшими до 8 mm. въ діаметрѣ. Межуточной ткани, состоявшей изъ волокнистой соединительной и изъ жировой ткани, видно было мало. По строенію стѣнокъ всѣ полости оказались полостями измѣненныхъ сосудовъ. Одна часть большихъ полостей по строенію стѣнокъ напоминала артеріи средняго калибра съ истонченными стѣнками и со скуднымъ количествомъ въ нихъ эластическихъ волоконъ, а другая часть напоминала вены средняго калибра также съ истонченными стѣнками. Полости средней величины содержали въ своихъ стѣнкахъ лишь мѣстами отдѣльныя гладкія мышечныя клѣтки и представляли собою измѣненныя мельчайшія артеріи (artérioles) и вены (veinules). Наконецъ, самыя маленькія полости представляли собою, по мнѣнію *Malassez*, болѣе или менѣе расширенные капилляры и располагались преимущественно группами по окружности небольшихъ, но расширенныхъ артерій или венъ.

Malassez имѣлъ возможность изучить опухоль, находившуюся, повидимому, еще въ сравнительно раннемъ періодѣ своего развитія, такъ какъ ему легко удавалось разли-

чать измѣненныя артеріальныя отъ венозныхъ сосудовъ. Въ цѣломъ рядѣ другихъ опухолей изслѣдователи (*Деревенко* и др.) очень часто не имѣли возможности точно установить, къ какому типу сосудовъ (артеріальному, венозному или капиллярному) должны быть отнесены сосуды рацемозной ангіомы. Поэтому описаніе *Terrier - Malassez* представляетъ, несомнѣнно, очень значительный интересъ. На основаніи своего изслѣдованія, *Malassez* пришелъ къ заключенію, что патологическій процессъ въ изученной имъ опухоли состоитъ въ общемъ расширеніи всѣхъ предсуществующихъ сосудовъ (артерій, венъ и капилляровъ) опредѣленной области организма. Этотъ выводъ расширяетъ опредѣленіе рацемозной ангіомы, данное *Terrier* въ 1872 г.: „L'anévrysme cirsoïde est constitué par une dilatation avec allongement des troncs, rameaux et ramuscules d'un ou de plusieurs départements artériels" [1]). По *Malassez*, расширенію подвергаются не только артеріи, но и вены и капилляры.

Къ совершенно инымъ заключеніямъ пришелъ *Stierlin* (1891).

Этотъ авторъ изслѣдовалъ у слабоумнаго мужчины 21 г. рацемозную ангіому, находившуюся въ затылочной части черепа и появившуюся послѣ удара камнемъ, когда больному было 8 лѣтъ. Опухоль состояла изъ двухъ долей, была овальной формы, величиною съ гусиное яйцо и не была сращена съ кожей. Кромѣ расширенной art. occipitalis sin., по окружности опухоли другихъ большихъ сосудовъ не было видно. Во время операціи оказалось, что опухоль находилась въ связи съ надкостницей черепа и что въ нее изъ кости входили нѣсколько крупныхъ артерій.

При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли оказалось, что въ одной изъ ея долей, въ меньшей, находилась одна большая полость, а въ другой, въ большей—двѣ полости. Каждая изъ послѣднихъ двухъ полостей была величиною съ вишню. Первая полость представляла собою веретенообразное расширеніе стѣнки art. occipitalis. Изъ первой полости отходили нѣсколько довольно крупныхъ извивающихся артерій, которыя, будучи заложены въ плотной соединительной ткани, впадали въ обѣ вышеупомянутыя меньшія полости. Изъ послѣднихъ во всѣ стороны также отходили маленькія артеріи и одна большая, направлявшаяся въ кость.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что интима art. occipitalis мѣстами значительно утолщена, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ

[1]) *Michaux.* Traité de chirurgie. D. R. 1897. T. II. p. 161.

даже образовала складки. Остальные слои этой артеріи были хорошо выражены и не представляли особыхъ измѣненій. Строеніе стѣнки большой полости ничѣмъ не отличалось отъ приведеннаго строенія стѣнки артеріи.

Стѣнки обѣихъ мелкихъ полостей и небольшихъ артеріальныхъ сосудовъ представляли иное строеніе. Intima не была утолщена, m. elast. int. была мало замѣтна. Media мѣстами была чрезвычайно утолщена и преимущественно состояла не изъ мышцъ, а изъ эластической и соединительной ткани, богатой веретенообразно вытянутыми клѣтками. Adventitia была видна лишь кое-гдѣ и состояла изъ плотной соединительной ткани. На мѣстѣ адвентиціи открывалось громадное количество мельчайшихъ сосудовъ капиллярнаго типа, проникавшихъ въ видѣ узловъ вплоть до мышечнаго сосудистаго слоя: „meist aber reicht", пишетъ *Stierlin*, „bis nahe an die Elemente der Media hin ein enormes Gewirr mikroskopisch kleiner Gefässe, welche sich durchweg durch zahlreiche, sehr wohlgebaute, grosskernige Endothelien, da und dort in Proliferation begriffen, auszeichnen" [1]). Стѣнки этихъ сосудовъ состояли изъ крупныхъ, кое-гдѣ размножавшихся эндотеліальныхъ клѣтокъ. Среди такихъ капилляровъ встрѣчались многочисленныя артеріи средняго калибра съ утолщенными стѣнками и гиперплазированнымъ эндотеліемъ.

Принимая во вниманіе сходство изслѣдованной опухоли по однимъ признакамъ съ капиллярной ангіомой, а по другимъ—съ рацемозной ангіомой, авторъ приходитъ къ заключенію, что его случай представляетъ собою рацемозную ангіому, находящуюся еще въ одной изъ начальныхъ стадій своего развитія. Въ пользу такого заключенія говоритъ, по мнѣнію *Stierlin*'а, наличность несомнѣнныхъ новообразовательныхъ процессовъ, наблюдавшихся въ изслѣдованной имъ опухоли (громадное количество капилляровъ, размноженіе эндотелія, гипертрофія стѣнокъ сосудовъ и др.). Дегенеративные процессы, которые также наблюдались (истонченіе стѣнки art. occipitalis на мѣстахъ изгибовъ, малое количество мышечныхъ элементовъ въ стѣнкахъ обѣихъ полостей), были очень незначительны и также указывали на ранній періодъ развитія опухоли. На основаніи своихъ изслѣдованій *Stierlin* высказываетъ предположеніе, что обычный путь превращенія naevus vasculosus въ angioma racemosum состоитъ въ превращеніи части мелкихъ сосудовъ въ арте-

---

1) *Stierlin*. Zur Kasuistik pulsierender Geschwülste am Kopf. B. B. VIII/2. 1891. p. 357.

ріи при одновременномъ запустѣніи остальной части сосудовъ подъ вліяніемъ сдавленія этими артеріями.

Приведенныя соображенія высказываются авторомъ въ видѣ гипотезы. Переходная форма между простой и рацемозной ангіомой волосистой части головы до него никѣмъ еще не была описана.

Lambert (1892) нашелъ утолщеніе интимы сосудовъ въ описанномъ имъ случаѣ и считаетъ это измѣненіе наиболѣе важнымъ въ патогенезѣ рацемозной ангіомы.

Siegmund (1893) приводитъ 5 случаевъ рацемозныхъ гемангіомъ, изъ которыхъ въ двухъ было произведено удаленіе опухоли. Одна изъ удаленныхъ опухолей подверглась микроскопическому изслѣдованію, которое обнаружило „обычную" картину: истонченіе сосудистыхъ стѣнокъ на мѣстахъ перегибовъ и жировое перерожденіе интимы.

Въ случаѣ рацемозной ангіомы, оперированной *Le Toux* (1904), микроскопическое изслѣдованіе опухоли произвелъ *Malherbe*.

Послѣдній нашелъ большія толстостѣнныя артеріи, мѣстами съ рѣзко выраженнымъ размноженіемъ интимы. Венъ почти не встрѣтилось. Кое-гдѣ открывались широкія, но очень тонкостѣнные сосуды; по мнѣнію *Malherbe*, это были расширенные капилляры. Непосредственныхъ сообщеній между артеріями и венами не найдено. Гипертрофія стѣнокъ артеріальныхъ сосудовъ, по *Malherbe*, началась съ интимы и очень напоминала измѣненія стѣнокъ при варикозныхъ расширеніяхъ венъ.

Къ своеобразному заключенію пришелъ *Burci* (1906), мнѣніе котораго я привожу по *Деревенко* (1909). *Burci* думаетъ, что angioma arteriale racemosum образуется главнымъ образомъ на счетъ венъ, которыя начинаютъ пульсировать благодаря расширенію и гипертрофіи капилляровъ, а также благодаря расширенію артерій.

Körte (1907) приводитъ 8 случаевъ рацемозныхъ ангіомъ съ различной локализаціей [1]), изъ которыхъ три находились въ волосистой части головы. Въ двухъ изъ этихъ послѣднихъ случаевъ микроскопическое изслѣдованіе было произведено *Benda*.

[1]) Изъ этихъ восьми случаевъ пять были описаны въ 1893 г. *Siegmund*'омъ.

Въ первомъ изъ случаевъ опухоль находилась у мужчины 34 л. въ области обѣихъ art. tempor. superfic. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли *Benda* нашелъ многочисленные, очень расширенные сосуды съ утолщенными стѣнками, напоминавшіе варикозно расширенныя вены. Между сосудами находились узлы изъ фиброзной ткани, пронизанной лимфоидными клѣтками. Въ стѣнкѣ расширенной art. tempor. superf. sin. не было найдено уклоненій отъ обычнаго строенія.

Во второмъ случаѣ у мужчины 27 лѣтъ была удалена большая рацемозная ангіома затылочной области, существовавшая съ шестилѣтняго возраста больного. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли *Benda* нашелъ во всѣхъ сосудахъ опухоли и въ стѣнкѣ приводящей art. occipitalis одинаковыя измѣненія, а именно: неравномѣрное утолщеніе интимы и увеличенное содержаніе въ ней эластической ткани, утолщеніе mediae и прорастаніе ея соединительнотканными тяжами, богатыми эластическими волокнами, благодаря чему пучки мышечныхъ волоконъ оказываются значительно раздвинутыми и строеніе стѣнокъ такихъ сосудовъ нѣсколько напоминаетъ строеніе стѣнокъ венъ.

Касаясь сущности рацемозной ангіомы, *Körte* рѣшительно высказывается въ пользу мнѣнія *Virchow*'а, по которому это образованіе является истиннымъ новообразованіемъ („eine echte Geschwulstbildung", говоритъ *Körte*, „und nicht eine rein mechanische Gefässerweiterung")[1]. Главнымъ условіемъ для образованія такихъ ангіомъ является, по *Körte*, новообразованіе артеріальныхъ или похожихъ на артеріи сосудовъ, имѣющихъ наклонность къ дальнѣйшему разрастанію.

Въ 1909 г. появилась работа *Деревенко*, посвященная преимущественно леченію „артеріальныхъ вѣтвистыхъ аневризмъ".

Въ этой работѣ онъ также приводитъ результаты микроскопическаго изслѣдованія опухоли, удаленной у мужчины 21 г. Опухоль была величиной болѣе куринаго яйца и находилась подъ кожей головы на границѣ лѣвой теменной и затылочной областей. Кромѣ этой опухоли въ области лѣваго виска имѣлась другая, такого же характера, но меньшая по величинѣ и анастомозировавшая съ первой.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что главную массу узла составляетъ громадное количество сосудовъ капиллярнаго типа, расположенныхъ очень близко другъ отъ друга. Межуточная ткань, состоящая изъ бѣдной ядрами соединительной ткани,

---

[1]) *Körte*. Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum. D. m. W. 1907. 35. p. 1401.

была почти незамѣтна. Мѣстами были найдены большія артеріи и вены, стѣнки которыхъ не представляли особыхъ измѣненій. Кромѣ того встрѣчались сосуды средняго и мелкаго калибра. Послѣднія, по мнѣнію *Деревенко*, были построены по типу капилляровъ, хотя ихъ соединительнотканная стѣнка представлялась утолщенной „въ значительной ст пени“. Наибольшія измѣненія были найдены со стороны венъ средняго и мелкаго калибра. Онѣ всѣ были расширены и представляли явленіе рѣзкой атрофіи мышечной стѣнки. Мѣстами *Деревенко* не находилъ разницы между нѣкоторыми венами и рѣзко расширенными капиллярами.

На основаніи данныхъ своего изслѣдованія *Деревенко* говоритъ: „я думаю, что вены принимаютъ важную роль въ процессѣ роста аневризмы, но еще болѣе важную роль играютъ капилляры“ [1]). Мѣстами, по мнѣнію *Деревенко*, узелъ опухоли напоминалъ кавернозную форму гемангіомъ (участки, построенные на счетъ венъ и капилляровъ). Разобравъ высказанные различными авторами взгляды на сущность рацемозныхъ ангіомъ, *Деревенко* не соглашается съ имѣющимися въ литературѣ мнѣніями по этому поводу и приходитъ къ собственному заключенію, которое я приведу полностью: „Aneurysma art. racemosum“, говоритъ *Деревенко*, „нельзя считать за новообразованіе въ истинномъ смыслѣ этого слова, но необходимо считать за образованіе sui generis, которое часто развивается изъ врожденной телеангіэктазіи, иногда на почвѣ травмы изъ новообразованныхъ сосудовъ гемангіомы. «Новообразованіемъ» аневризма остается только въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ своего развитія, ея дальнѣйшій ростъ происходитъ на счетъ предсуществующихъ сосудовъ данной области“ [2]).

Klekner на съѣздѣ венгерскихъ хирурговъ въ 1908 и 1910 г. дѣлалъ сообщенія о больныхъ, страдавшихъ рацемозными аневризмами и оперированныхъ *Dollinger*'омъ. Въ трехъ случаяхъ опухоли локализировались въ области волосистой части черепа. На основаніи произведеннаго микроскопическаго изслѣдованія *Klekner* установилъ, что „анев-

---

[1]) *Деревенко*. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи артеріальной вѣтвистой аневризмы лица и черепа. Р. Х. А. 1909. XXV. кн. третья. стр. 373 -404.

[2]) *Деревенко* l. c. p. 402—403.

ризма“ начинается съ разрастанія капилляровъ, къ которому впослѣдствіи присоединяется расширеніе венъ и артерій.

Keppler (1912) описалъ случай aneurysma arteriale racemosum, удаленной у женщины 25 л. *Heineke.*

На 16 году жизни больная поранила себя гребнемъ въ затылочной области, а черезъ годъ послѣ этого впервые была замѣчена на мѣстѣ раненія небольшая опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ. Опухоль постепенно увеличивалась и ко времени операціи занимала въ лѣвой затылочной и лѣвой теменной областяхъ пространство величиною съ ладонь. Высота бугристой опухоли была ок. 6 cm.; въ трехъ мѣстахъ къ ней подходили большіе и извивавшіеся сосуды.

Препаратъ удаленной опухоли (10 cm. $\times$ 10 cm. $\times$ 4 cm.) состоялъ изъ многочисленныхъ сильно извитыхъ сосудистыхъ петель, между которыми были видны прослойки плотной соединительной ткани. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Fabian*) сосуды оказались артеріями, въ различной степени расширенными. Просвѣтъ всѣхъ артерій былъ заполненъ тромбами. Стѣнки артерій были различной толщины, во многихъ мѣстахъ intimae и mediae были видны участки плотной, бѣдной ядрами соединительной ткани. Мѣстами intima представлялась утолщенной въ видѣ бугровъ, выпячивавшихся въ просвѣтъ артерій. При окрашиваніи на эластическую ткань по *Weigert*'у, послѣдняя въ стѣнкахъ сосудовъ почти совершенно отсутствовала. Лишь кое-гдѣ были найдены отдѣльныя эластическія волокна въ адвентиціи и, мѣстами, остатки m. elastica interna.

Отмѣчу, что наличность тромбовъ во всѣхъ сосудахъ опухоли объясняется тѣмъ, что операція была произведена въ два темпа (14/x 1910 и 19/x 1910). Остальная часть работы *Keppler*'а носитъ исключительно клиническій характеръ.

Мною 30/x 1907 г. былъ демонстрированъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Одессѣ больной изъ госп. хир. клин. И. Н. У. послѣ оперативнаго удаленія проф. *Н. А. Щеголевымъ* большой рацемозной ангіомы волосистой части головы. Результаты микроскопическаго изслѣдованія, произведеннаго въ 1907 г. прозекторомъ пат.-анат. института И. Н. У. барономъ *М. М. Тизенгаузеномъ*, помѣщены въ моей статьѣ, появившейся въ 1909 г. Опухоль по микроскопическому строенію [1]) во многомъ напоминала ангіому, описанную *Stierlin*'омъ (стр. 118—120).

---

[1]) Въ настоящей работѣ будетъ помѣщено подробное описаніе этой опухоли.

Микроскопическое описаніе рацемозной ангіомы, произведенное *Véron* (1902), къ сожалѣнію, мнѣ не было доступно.

Какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ изслѣдованій микроскопическаго строенія рацемозныхъ ангіомъ волосистой части головы, произведенныхъ четырнадцатью авторами, результаты этихъ изслѣдованій являются чрезвычайно разнорѣчивыми. Наиболѣе часто встрѣчаются указанія на измѣненія со стороны интимы большихъ сосудовъ, которая представлялась обыкновенно мѣстами утолщенной. Утолщеніе стѣнокъ сосудовъ наблюдали: *Robin*, *Labbé*, *Kretschmann* и *Körte;* истонченіе ихъ: *Kümmel*, *Terrier*, *Siegmund*, *Деревенко* и *Keppler*. Жировое перерожденіе одного или нѣсколькихъ слоевъ сосудистой стѣнки описали *Labbé* и *Siegmund*, при чемъ послѣдній авторъ считалъ это перерожденіе „обычнымъ". Между тѣмъ, большинство авторовъ жирового перерожденія не находило. Интересно указаніе нѣкоторыхъ авторовъ на прорастаніе mediae сосудовъ соединительною тканью (*Kretschmann*, *Stierlin*, *Benda* въ обоихъ случаяхъ *Körte* и *Fabian* въ случаѣ *Keppler*'а). *Malherbe* (въ случаѣ *Le Toux*) и *Benda* (въ случаѣ *Körte*) обращаютъ вниманіе на то, что измѣненные такимъ образомъ артеріальные сосуды становятся похожими на варикозно расширенныя вены. Другіе авторы (*Burci*, *Деревенко*) даже думаютъ, что рацемозныя ангіомы происходятъ изъ венъ. Новообразованіе капилляровъ описали только *Деревенко* и *Stierlin*. Послѣдній авторъ, также какъ и *Wagner* [1]), *Engelbrecht* [2]) и другіе, допускалъ возможность образованія рацемозной ангіомы изъ простой путемъ „артеріализаціи" мелкихъ сосудовъ капиллярнаго типа. Однако, другіе авторы (*Деревенко* и др.) отвергаютъ самую возможность превращенія сосудовъ низшаго порядка въ таковые высшаго.

Различными являются также результаты изслѣдованій строенія стѣнки большихъ, обычно расширенныхъ, приво-

---

[1]) *Wagner*. Ueber das arterielle Rankenangiom der oberen Extremitäten. B. B. 1894. Bd. 11.

[2]) *Engelbrecht*. Angioma arteriale racemosum. A. Chir. 1897. Bd. 55.

дящихъ сосудовъ. *Stierlin* нашелъ утолщеніе интимы такихъ сосудовъ, а *Benda* (въ одномъ изъ случаевъ *Körte*)—никакихъ измѣненій не обнаружилъ.

Резюмируя все вышеизложенное въ настоящемъ отдѣлѣ, можно сказать, что въ области волосистой части головы наблюдаются разнообразнаго строенія сосудистыя опухоли. Наряду съ обычно встрѣчающимися родимыми сосудистыми пятнами, простыми и кавернозными гемангіомами здѣсь также описываются такъ называемыя „сообщающіяся" и рацемозныя гемангіомы. Родимыя пятна, простыя и кавернозныя гемангіомы изслѣдуются и описываются, повидимому, лишь рѣдко. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, удалось въ доступной для меня литературѣ найти только единичныя изслѣдованія. „Сообщающіяся" гемангіомы описываются преимущественно французскими хирургами и представляютъ главнымъ образомъ клиническій интересъ. Наконецъ, рацемозныя ангіомы, хотя и описаны въ довольно значительномъ количествѣ случаевъ, однако, все таки представляются недостаточно подробно и точно изученными, особенно съ патолого-анатомической точки зрѣнія. Мною уже приведены результаты изслѣдованій цѣлаго ряда случаевъ рацемозныхъ ангіомъ волосистой части черепа, произведенныхъ четырнадцатью авторами. Къ сожалѣнію, выводы большинства изслѣдователей о сущности этого заболѣванія чрезвычайно противорѣчивы. Французскіе авторы, по примѣру *Terrier* (1872), смотрятъ на это заболѣваніе, какъ на расширеніе предсуществующихъ сосудовъ даннаго участка организма. По однимъ (*Terrier* и др.), расширяются только артеріи, по другимъ (*Malassez*)—также вены и капилляры. Поэтому французами обычно и употребляется названіе „anévrysme cirsoïde". Нѣмецкіе же авторы (*Körte*, *Siegmund*) придерживаются мнѣнія *Virchow*'а (1863), причислившаго эти образованія къ истиннымъ новообразованіямъ, и предпочтительно называютъ ихъ „angioma arteriale racemosum". Наконецъ, нѣкоторые авторы (*Деревенко*, *Klekner*) пытались примирить оба противоположныхъ воззрѣнія, принимая, что вначалѣ, дѣйствительно, происходитъ новообразованіе капилляровъ, а впослѣдствіи наступаетъ пассивное расширеніе предсуществовавшихъ сосудовъ. Изъ этого видно, что вопросъ о сущности

рацемозныхъ ангіомъ вообще и волосистой части головы въ частности и по сей день не получилъ общепризнаннаго рѣшенія.

Литература. 1665. **Vidus Vidius.** De curatione. II/7. по мног. реф. — 1772. **Parker.** см. Mathez. p. 53, Lannelongue и др. — 1774. **J. L. Petit.** Oeuvres posthumes. I. см. Mathez и др. — 1810. **Pelletan.** Mémoires sur des espèces etc. см. Michaux. p. 162. — 1819. **Busch.** Rust. Mag. VI. см. Schück. p. 65. — 1827. **Wardrop.** L. XII. см. Schück. p. 75. — 1828. **Dupuytren.** см. Schück. p. 64. — 1830. **Mussay.** Am. J. см. Schück. p. 64. — 1831. **Cloquet.** Pathol. chir. Paris. см. Gérard-Marchand. — 1831. **Elgin.** Lond. med. Gaz. VIII. см. Schück. p 71. — 1832. **Möller.** см. Schück. p. 63. — 1832. **Graefe.** см. Schück. p. 63. — 1834. **Breschet.** Mémoires sur les anévrysmes. Mém. de l'acad. méd. Paris. см. Schück. p. 63. — 1837. **Warren.** Surg. obs. on tumours. см. Schück. p. 87 и Деревенко. — 1840. **Хеліусъ.** см. стр. 85. — 1842. **Kuhl.** Opusc. acad. см. Schück. p. 87. — 1842. **Auchincloss.** Lond. med. Tim. 1. см. Schück. p. 63. — 1842. **Ammon.** Angeb. chir. Krankh. etc. см. Schück. p. 62. — 1844. **Crawfort.** L. II. см. Schück. p. 62. — 1844. **Liston.** L. см. Schück. p. 78. —1845. **Gibson.** см. Schück. p. 61. — 1847. **Warren.** см. стр. 85. — 1849. **Larrey.** G.d.H. см. Schück. p. 61. — 1850. **Wutzer.** см. стр. 85. —1850. **Stromeyer.** Ueber Sinus pericranii. Deutsche Klinik. см. Müller. — 1851. **Cloquet et Orfila.** Gaz. méd. по реф. — 1851. **Chevalier.** Journ. des conn. méd. chir. Mai. см. V. p. 482. — 1851. **Maisonneuve.** Soc. chir. I. см. Schück. p. 86. — 1851. **Robert.** Considérations pratiques sur les varices artérielles du cuir chevelu. G.d.H. см. Schück. p. 74, Michaux. p. 102 и др. — 1851. **Costilhes.** Rev. méd. см. M.B. p. 124. — 1852. **Verneuil.** Thèse. Montpellier. см. Michaux. p. 102. — 1852. **Nélaton.** Nouvelles remarques sur les varices artérielles. Soc. chir. см. Michaux. — 1852. **Curling.** L. I. см. Schück. p. 60. — 1854. **Robin.** Tumeurs cirsoides artérielles. Gaz. méd. IX. по реф. — 1854. **Busch.** см. Schück. p. 59. — 1855. **Maier.** Beitrag zu den cavernösen Blutgeschwülsten. V.A. VIII. p. 129 —133. — 1855. **Bonnet.** Un. méd. p. 316. по реф. — 1857. **Prescott Hewett.** L см. Schück. p. 58. — 1857. **Broca.** Soc. chir. по реф. — 1857. **Decès.** Des varices arterielles etc.Thèse. Paris. см. V. p. 474. — 1858. **Dupont.** Thèse. Paris. см. Auvray. p. 278. — 1858. **Philippeaux.** Gaz. hebd. Paris. см. Schück. p. 70. — 1858. **Verneuil.** Gaz. hebd. см. Michaux. p. 162. — 1859. **Bruns.** см. стр. 85. — 1859. **Michaud.** Union méd. I. см. M.B. p. 126. — 1860. **Bertherand.** Union méd. VIII. см. p. 352. — 1860. **Broca.** Soc. chir. см. Schück. p. 77. — 1860. **Bünger.** A.d.H. I. см. Schück. p. 77. — 1861. **Demme.** по реф. — 1861. **Nussbaum.** см. стр. 95. — **Porta.** см. стр. 77. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1864. **Middeldorpf-Goldschmidt.** I. D. Breslau. см. Schück. p. 58. — 1865. **Cocteau.** A. gén. méd. II. см. Michaux. p. 162. — 1866. **Scholz.** W.m.W. XVI. см. Schück. p. 57. — 1867. **Fraser.** Edinbg. med. J. см. Schück. p. 77. — 1868. **Ghéniot.** G.d.H. № 39. см. Schück. p. 57. — 1869. **Wislizenus.**

Ueber Sinus pericranii. I.D. Zürich. см. Karewski, Müller и др. — 1869. **Hirtler.** Deutsche Klin. № 39. см. Schück. p. 56. — 1869. **Broca.** G.d.H. № 125. см. Schück. p. 91. — 1870. **Hill.** L. Sept. 24. см. Schück. p. 90. — 1871. **Billroth.** Chirurgische Reminiscenzen. W.m.W. № 42. см. Schück. p. 54. — 1872. **Terrier.** Des anévrismes cirsoides. Th. d'agrég. Paris. по реф. — 1872. **Lücke.** D.Z. Chir. II. p. 217. см. Schück. p. 91. — 1872. **Duncan.** Edinb. med. J. см. Schück. p. 76. — 1872. **Le Fort.** G.d.H. см. Schück. p. 76. — 1872. **Labbé.** Soc. chir.; G.d.H. № 33. см. Michaux. p. 162 и Gér. March. p. 521. — 1872. **Didolff.** Ueber Aneurysma cirs. des Kopfes. I.D. Bonn. см. Siegmund, Деревенко и др. — 1873. **Langhans.** V.A. 75. — 1873. **Roth.** Angioma arteriale racemosum am Kopf. Frankfurt. по реф. — 1873. **Bryant.** Med. Times a. Gaz. см. Деревенко. p. 388. — 1873. **Caradec.** G.d.H. № 29. см. Schück. p. 72. — 1874. **Madelung.** Die Unterbind. d. Carotis ext. A. Chir. p. 611. см. Siegmund, Goering и др. — 1874. **Verneuil.** Soc. chir. см. Michaux. p. 162. — 1875. **Le Fort.** Diction. encyclop. des sc. méd. I-re série. XVII. — 1875. **Zieclewitz.** B.kl.W. см. Forgue и Reclus. p. 522. — 1875. **Bureau.** см. Gérard-Marchand. — 1877. **Hulke.** Med. Tim. a. Gaz. см. Schück. p. 76. — 1879. **Tillmanns.** A.d.H. p. 549. см. Stamm. — 1879. **Gayraud.** см. Auvray. — 1880. **Maas.** B.kl.W. № 47. см. Schück. p. 52. — 1880. **Körte.** Beitrag zur Lehre v. Angioma arteriale racemosum. D.Z. Chir. XIII. см. Siegmund. — 1881. **Kretschmann.** Ueber das Angioma arter. racemosum. I.D. Halle. см. Deetz, Engelbrecht. Деревенко. — 1881. **Verneuil.** Soc. chir. см. M.B. p. 125. — 1882. **Paulitzky.** D. militär. Zeitschr. см. Тиховъ. p. 238. — 1882. **Heineke.** см. стр. 78. — 1883. **Kümmel.** см. стр. 102. — 1883. **Poulet.** см. стр. 102 см. Forgue и Reclus. — 1884. **Guillemin.** Anévrisme cirsoide de la tête. Thèse. Nancy. см. Michaux. p. 163. — 1884. **St. Germain.** Traitement de l'aneur. cirsoide par la cautérisation avec des flèches de Canquoin. Rev. mens. des mal. de l'enfance. № 3. см. C. Chir. 1885. p. 109. — 1885. **Fergusson.** L./1. см. Тиховъ. p. 239. — 1886. **Mastin.** J. of Am. med. Ass. VII. см. Auvray. p. 278 и Forgue и Reclus. Ш. русск. перев. — 1886. **Trèves.** см. Auvray. p. 278. — 1886. **Lannelongue.** Congrès de chirurgie. p. 411. по реф. — 1886. **Plessing.** Heilung eines Aneurysma racemosum arteriale durch subcutane Alkoholinjectionen. A. Chir. XXXIII. p. 251. — 1887. **Склифосовскій.** Отчетъ хирург. клин. за 1880—1887 годъ. см. Деревенко. — 1888. **Duncan.** см. стр. 103. — 1888. **Wright.** Cirsoid aneurism; excision; recovery. L./II. p. 669. см. Siegmund и V.I.B. 23. — 1888. **Кадьянъ.** Хирургич. вѣстникъ. p. 497. см. Тиховъ. p. 241. — 1889. **Kochmann.** см. стр. 103. — 1890. **Terrier.** Remarques cliniques et anatomiques sur deux tumeurs vasculaires du cuir chevelu. R. chir. X. Janvier. p. 47—63. — 1890. **Hallmann.** D.m.W. см. Тиховъ. p. 242. — 1890. **Karewski.** Vorstellung eines Knaben mit Aneur. cirs. d. Hinterhauptes. Freie Verein. d. Chir. Berlins. 9. VI. см. C. Path. 1891. p. 219. — 1890. **Poncet.** по реф. — 1891. **Stamm.** см. стр. 64. — 1891. **Stierlin.** Zur Casuistik pulsirender Geschwülste am Schädel. B.B. VIII/2. p. 330—363. — 1891. **Madelung.** XX Congr. deutsch. Chir. см. Тиховъ. p. 243. — 1892. **Woods.** Philad. Med. Surg. Rep. XVIII. см. Тиховъ. p. 243. — 1892. **Meyer.** N.Y. med. J. см. Тиховъ. p. 243. — 1893. **Lambert.** см. стр. 110 см. Engelbrecht. p. 351. — 1893. **Dittmann.** Demonstr. eines durch congenitales An-

gioma cavernosum verursachten Defectes des Schädeldaches. Sitzungsber. d. Ges. f. Morph. u. Phys. München .9. по реф. — 1893. **Widmann**. Aneurysma cirsoides capitis. I.D. München. — 1893. **Siegmund**. см. стр. 85. — 1893. **Kötschau**. Ein Fall eines operativ geheilten grossen Aneurysma cirsoides. D.m W. № 6. см. V.I.B. 28. — 1893. **Hamilton**. A case of cirsoid aneurysm; ligature of the commun carotid artery. N.Y. med. J. по реф. — 1895. **Forbes**. Succesfull treatment of a large cirsoid aneurysm of the scalp. Am. med. News. June 15. см. V.I.B. 30. — 1896. **Lannelongue**. см. стр. 110, см. Wolf. — 1896. **Klein**. Un cas anormal d'anévrismee irsoïde. Med. contemp. Paris. по реф. — 1896. **Chalot**. см. стр. 110, см. Wolf. — 1896. **Mauclaire et de Bovis**. см. стр. 49. — 1897. **Beaumont**. Cirsoid aneurysm of the orbit, forehead and scalp. B.m.J. July 31. — 1897. **Pratt**. A case of cirsoid aneur. of the scalp etc. Indian L. см. V.I.B. 32. p. 353. — 1897. **Nélaton**. Soc. chir. см. Gérard-Marchand. — 1897. **Roux de Brignolles**. см стр. 107, см. J.B. Chir. — 1897. **Roux**. Anévrysme cirs. Marseille méd. по реф. — 1897. **Reverdin**. Anévr. cirsoïde d'origine infectieuse. R. chir.; R.S.R. 1898. — 1897. **Michaux**. Artères. In D.R. 11. — 1897. **Gérard-Marchand**. Maladies du crâne. In D.R. III. — 1898. **Berger**. Die Exstirpation des Ang. art. racemosum am Kopfe. B.B. 22. p. 129. — 1898. **Бобровъ**. Отчетъ клиники за 1897—98 и 1898 г. см. Деревенко. — 1898. **Hitschmann**. Dem. eines Patienten, bei welchem ein Aneurysma cirsoideum etc. Ges. d. Aerzte in Wien 4. III. см. W.kl.W. p. 243. — 1898. **Mikulicz. u. Kümmel**. Die Krankheiten des Mundes. — 1898. **Lieblein**. см. стр. 103. — 1899. **Rouville**. см. V.I.B. 34, Goering и др. — 1899. **Dollinger**. по реф. — 1899. **Willemin**. Gaz. des mal. infant. № 15. реф. in A.f.K. 1901. 31. p. 313. — 1900. **Wuth**. Ueber die Alcoholtherapie des Rankenangioms. B.B. 26. — 1901. **Coley**. Cirsoid aneurism, succesfully treated etc. A.S. 34. Sept. по реф. — 1901. **Meyer**. Пренія послѣ доклада Coley. A.S. Sept. — 1901. **Stierlin**. Zur Casuistik der Aneurysmen u. des Ang. art. rac. D.Z. Chir. 60. p. 71. — 1902. **Véron**. Anévrisme cirsoïde de la région pariétale gauche. Ablation. Guérison. Soc. chir. 30. VII. p. 865. см. Clairmont и др. — 1902. **Forgue и Reclus**. Курсъ хирургич. терапіи. I. p. 525 (русск. переводъ). — 1903. **Goering**. Zur Behandlung des Angioma arter. racemosum, besonders des Kopfes. I.D. Strassburg. — 1903. **Напалковъ**. 1 обзоръ дѣятельности хир. госп. клин. И.М.У. Работы клиники Дьяконова т. II. — 1903. **Madelung**. Demonstr. eines Falles v. Heilung von sehr ausgedehntem Aneurysma cirsoides der rechten Kopfhälfte. Unterelsäss. Aerztever. 23. V. Пр. in M.m.W. p. 973. — 1903. **Wyeth**. The treatment of vascular tumour by the injection of water at hight temperature. Journ. of Amer. Assoc. Juni 1903. см. Encyclopéd. internat. de chir. III. p. 461. — 1904. **Le Toux**. Anévrisme cirsoïde, extirpation des lésions. Soc. chir. № 3. p. 90. — 1905. **Wolf**. Angioma arteriale racemosum capitis. I.D München. — 1905. **Ali Krogius**. Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum der Schädeldecken. C. Chir. № 39. p. 1025—1029. — 1905. **Tuffier**. Soc. chir. p. 301. — 1905. **Гагенъ-Торнъ**. Къ вопросу о перемежающемся пучеглазіи въ случаѣ Varix racemosus capitis communicans (операція, выздоровленіе). P.B. № 30. p. 946. — 1905. **Дьяконовъ**. см. стр. 96. — 1906. **Burci**. Contributo allo studio dell'

aneurisma cirsoides. La clinica moderna. № 1. см. Деревенко. — 1906. **Goldmann.** Demonstr. eines ausgedehnten Ang. racemosum communicans. Oberrh. Aerztetag in Freiburg. 5. VI. Ир. in M.m.W. p. 2419. — 1906. **Glück.** Freie Verein. d. Chir. Berlins. 12.II. Ир. in D.m.W. p. 1139. — 1907. **Körte.** Operation des Angioma arter. racem. capitis. Freie Ver. d. Chir. Berlins. 11. III. Ир. in C. Chir. p. 664. — 1907 **Körte.** Zur Behandlung des Angioma arteriale racem. D.m.W. № 35. p. 1401—1404. — 1907. **Корнманъ.** Къ казуистикѣ лѣченія рацемозныхъ ангіомъ. Докладъ въ Общ. Русск. Врачей въ Одессѣ 30. X. Реф. см. Труды Общества. 1908. Вып. VI. p. 49. — 1907. **Sultan.** Grundriss u. Atlas d. spec. Chirurgie. Lehmann. I. p. 55. — 1908. **Clairmont.** Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum. A. Chir. 85 2. p. 549—560. — 1908. **Klekner.** Ueber 2 Fälle v. Aneurysma racemosum der Kopfhaut. II Kongr. d. ungar. Ges. f. Chir. см. J.B.Chir. XIV. p. 1262 и C. Chir. 1909. № 1. — 1908. **Дьяконовъ.** см. стр. 96. — 1909. **Корнманъ.** Къ леченію большихъ артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ покрововъ черепа. Хирургія. № 150. — 1909. **Деревенко.** Къ вопросу объ оперативномъ леченіи артеріальной вѣтвистой аневризмы лица и черепа. Р.Х.А. XXV. Книга III. p. 373—404. — 1909. **Hahn.** Demonstr. im aerztl. Ver. Nürnberg. Nov. см. M.Kl. 1910 p. 368. — 1909. **Küster.** см. стр. 89. — 1909. **Auvray.** Maladies du crâne et de l'encéphale. In D.D. XIII. p. 267—285. — 1910. **Dambrin et Tanzi.** см. стр. 86. — 1910. **Klekner.** Ung. Chirurgenkongr. Реф. см. M.Kl. № 44. — 1911. **Delbet et Mocquot.** Affections chirurgicales des artères. In D.D. XI. Anévrismes cirsoïdes. p. 321—346. — 1911. **Algyogyi.** Demonstr. eines sehr seltenen Falles von Haemangioma venosum capitis im Röntgenbilde. VII Kongress d. Deutsch. Röntgen-Ges. Berlin. — 1911. **Friedjung.** Demonstr. in Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien. 2. III. см. M.Kl. № 11. p. 436. — 1912. **Keppler.** Zur Behandlung des Aneurysma arteriale racemosum. B.B. 78. p. 521—536. — 1912. **Müller.** Ueber Sinus pericranii. B.kl.W. № 29. p. 1372—1375. **Flint.** см. M.B. **Bradley, Blackmann, van Buren, Muer. Пироговъ, Rodgers, Umann, Wunderloch.** см. Forgue и Reclus. — **Bushe, Detmolt, V. Mott, A.B.Mott, Southmann, Smith.** см. Schück. — **Carden, Arenzio, Новацкій, Яковлевъ.** см. Деревенко. — **Rizzoli.** см. Karewski. — **Lydell.** см. Coley. —

C. Гемангіомы покрововъ шеи.

Частота ихъ нахожденія. Кровяныя кисты боковыхъ отдѣловъ шеи: взгляды различныхъ авторовъ относительно ихъ сущности и происхожденія. Казуистика гемангіомъ покрововъ шеи; гемангіомы передней и задней области шеи.

Гемангіомы шеи встрѣчаются, по мнѣнію большинства авторовъ, лишь рѣдко (*Virchow, Mauclaire и de Bovis* и др.). Статистическія данныя подтверждаютъ это мнѣніе. Такъ,

напримѣръ, на основаніи данныхъ таблицы VIII (стр. 68), гемангіомы покрововъ шеи составляютъ не болѣе 2% всѣхъ наружныхъ гемангіомъ. Одни только *Völker и Franke* (1888) писали, что въ боковыхъ отдѣлахъ шеи подкожныя гемангіомы наблюдаются часто. Однако, *Eisenreiter*'у (1894) удалось собрать изъ литературы всего 12 случаевъ кавернозныхъ гемангіомъ шеи (случаи *Fischer*'а, *Volkmann*'а, *Gessler*'а, *Krönlein*'а, *Israel*'я, *Küster*'а, *Czerny*, *Esmarch*'а и др.).

Lücke (1865) наблюдалъ въ двухъ случаяхъ смѣшанныя опухоли шеи, состоявшія изъ кавернозной ткани и изъ кистъ съ кровянымъ и серознымъ содержимымъ. Характеръ опухолей былъ установленъ путемъ микроскопическаго изслѣдованія. Такой же случай, но безъ микроскопическаго изслѣдованія опухоли, описалъ *Valenta* (1871).

Многіе авторы упоминаютъ о *кровяныхъ кистахъ* боковыхъ отдѣловъ шеи. Такихъ кистъ, по *Köhler*'у (1891), описано въ литературѣ около тридцати, а по *Дьяконову и Лысенкову* (1902)—до сорока. Во многихъ случаяхъ эти кисты развиваются изъ кавернозныхъ гемангіомъ. Такіе случаи описали: *Volkmann* 1873 (два случая), *Monti* 1873, *Hueter* 1877, *Langenbeck* 1884, *Reclus* 1884, *Gluck* 1885 (два случая), *Völker и Franke* 1888, *Meyer* 1889, *Baier* 1890, *Köhler* 1891, *Дешинъ* 1896, *de Bovis* 1896, *Polya* 1904, *König*, *Koch*, *Siebold*, (годъ опубликованія работъ этихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ) и др.

У меня имѣются свѣдѣнія о произведенномъ микроскопическомъ изслѣдованіи кистъ относительно слѣдующихъ случаевъ: *Völker и Franke*, *Meyer*'а, *Дешина* и *Baier*'а.

Въ случаяхъ, упомянутыхъ въ первыхъ трехъ работахъ, микроскопическая картина была однообразная: стѣнки кистъ были неровныя и состояли изъ остатковъ кавернозной ткани.

Нѣкоторые авторы смотрѣли на кровяныя кисты какъ на порокъ развитія венозной сѣти шеи. Такъ, напримѣръ, кровяныя кисты шеи замѣняли, по мнѣнію самихъ авторовъ, отсутствовавшую въ случаѣ *Koch*'а подключичную, а въ случаѣ *Hueter*'а—общую яремную вену. Цѣлый рядъ другихъ авторовъ также отмѣтили совпаденіе отсутствія какой-нибудь вены шеи съ наличностью кровяной кисты ея (*Volkmann*, *Борманъ*, *Дешинъ* и др.). Однако, какъ справедливо замѣчаютъ *Дьяконовъ и Лысенковъ*, нахожденіе подобныхъ пороковъ развитія (отсутствіе венозныхъ стволовъ) не говоритъ

противъ возможности развитія кровяныхъ кистъ шеи изъ кавернозныхъ гемангіомъ. Напомню, что очень многіе авторы причисляютъ послѣднія также къ порокамъ развитія сосудистой системы. „Въ основѣ этого (т. е. образованія кровяныхъ кистъ и дефектовъ венозной системы)," говорятъ *Дьяконовъ и Лысенковъ*, „можетъ лежать одинъ и тотъ же порокъ развитія сосудистой системы" [1]).

Въ случаѣ *Baier*'а въ опухоли, кромѣ кисты, были видны многочисленныя полости, наполненныя кровью и расположенныя среди соединительной ткани, въ которой находились остатки лимфатической железы. *Baier* высказалъ даже предположеніе, что описанная имъ ангіоматозная опухоль („Angiomgeschwulst"), можетъ быть, явилась слѣдствіемъ перерожденія лимфатической железы.

Цѣлый рядъ другихъ авторовъ описали гемангіомы *средней* и *боковыхъ* областей шеи. Однѣ изъ этихъ гемангіомъ локализировались только въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ, другія же захватили болѣе глубокія части шеи.

Такіе случаи описали слѣдующіе авторы: *Macilwain* 1833, *Erichsen* 1857, *Nussbaum* 1861, *Lücke* 1865, *Wilkinson* 1876, *Krönlein* 1877, *Schmiecking* 1882, *Schück* 1885, *Schmidt* 1887, *Duncan* 1888, *Israel* 1888, *Cahen* 1890, *Kötschau* 1893, *Hauenschild* 1893, *Eisenreiter* 1894, *Becker* 1895, *Лисянскій* 1900, *Honsell* 1902, *Дьяконовъ* 1903, 1905 и 1907, *Булгаковъ* 1909.

Особый интересъ представляютъ случаи *Schück*'а и *Hauenschild*'а. Оба автора описываютъ артеріальныя рацемозныя гемангіомы области шеи. Къ сожалѣнію, опухоль *Schück*'а совсѣмъ не подверглась микроскопическому изслѣдованію, а *Hauenschild* представилъ лишь очень неполное микроскопическое описаніе своего случая.

Указанія на произведенное микроскопическое изслѣдованіе опухолей встрѣчаются, къ сожалѣнію, въ работахъ лишь нѣкоторыхъ авторовъ. Перехожу къ описанію ихъ случаевъ.

Lücke изслѣдовалъ два случая, въ которыхъ, кромѣ

---

[1]) *Дьяконовъ и Лысенковъ.* Болѣзни шеи. Русская хирургія. Отд. XX. 1902. p. 65.

телеангіэктазій кожи щеки, были найдены большія опухоли, оказавшіяся кавернозными гемангіомами въ комбинаціи съ врожденными серозными кистами. „Es handelt sich“, говоритъ *Lücke*, „um die Combination der cavernösen Venengeschwulst mit angeborenem Cystenhygrom des Halses“ [1]).

Опухоль въ первомъ случаѣ занимала на четвертый день послѣ рожденія ребенка всю лѣвую половину его шеи и была величиною съ кулакъ. За три недѣли опухоль сильно разраслась и захватила всю лѣвую щеку. При вскрытіи умершаго ребенка оказалось, что опухоль совершенно обрасла гортань и трахею. Она состояла изъ многочисленныхъ тонкостѣнныхъ кистъ, величиною отъ горошины до грецкаго орѣха. Почти всѣ кисты были наполнены кровью и только немногія—серозною жидкостью. *Lücke* въ одномъ мѣстѣ нашелъ сообщеніе между просвѣтомъ вены и одной изъ наибольшихъ наполненныхъ кровью кистъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи остальная ткань опухоли представила картину кавернозной гемангіомы.

Во второмъ случаѣ опухоль у ребенка нѣсколькихъ недѣль отъ роду находилась на шеѣ справа и занимала не только всю шею и щеку, но была замѣтна и на днѣ ротовой полости. При вскрытіи умершаго ребенка оказалось, что опухоль окружала глотку, гортань и большіе сосуды съ обѣихъ сторонъ шеи. Меньшая часть опухоли состояла изъ большихъ кистовидныхъ полостей съ гладкими стѣнками, бóльшая же ея часть имѣла типичное кавернозное строеніе.

Обѣ опухоли были несомнѣнно врожденныя и энергично разрастались. По мнѣнію *Lücke*, въ обоихъ случаяхъ сперва имѣлась только кистовидная опухоль шеи, которая только впослѣдствіи проросла кавернозной гемангіомой. Наличность въ обоихъ случаяхъ телеангіэктазій кожи шеи наводитъ *Lücke* на мысль, что телеангіэктазіи и кавернозныя опухоли являются врожденными гиперплазіями, первыя капиллярной, а вторыя—венозной кровеносной системы.

Wilkinson изслѣдовалъ у восьмимѣсячнаго ребенка кавернозную опухоль шеи, развившуюся изъ врожденнаго сосудистаго пятна кожи и распространившуюся отъ подъязычной кости до уровня третьяго ребра. При вскрытіи оказалось, что опухоль окружала гортань и щитовидную железу, занимала все переднее средостѣніе и окружала gl. thymus. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены широкія полости, которыя были наполнены кровью и представляли собою чрезвычайно расширенные кровеносные сосуды. Между полостями находилась плотная соединительная ткань.

Israel удалилъ у мужчины 57 лѣтъ опухоль величиною съ

---

[1]) *Lücke*. Beiträge zur Geschwulstlehre. V. A. 1865. Bd. 33. p. 330.

гусиное яйцо, сидѣвшую на нижней сторонѣ основанія черепа у края праваго передняго рванаго отверстія. Эта опухоль выпячивала въ полость рта боковую стѣнку глотки вмѣстѣ съ правой миндалиной, а кнаружи - кожу шейной области, именно между восходящей вѣтвью нижней челюсти, сосцевиднымъ отросткомъ, переднимъ краемъ грудино-ключично-сосковой мышцы и большимъ рожкомъ подъязычной кости правой стороны. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась типичной „венозной“ кавернозной гемангіомой, окруженной плотной капсулой и, по *Israel*'ю, сходной по микроскопическому своему строенію съ пещеристыми тѣлами полового члена.

Hanenschild изслѣдовалъ опухоль, удаленную у женщины 29 лѣтъ изъ области шеи слѣва и появившуюся всего за 2 года до операціи. Опухоль прилегала къ гортани и дыхательному горлу и ограничивалась сверху подчелюстной железой, снаружи грудино-ключично-сосковой мышцей, снутри m. sterno-hyoideus и m. sterno-thyreoideus, а книзу на 2 пальца не доходила до ключицы. По окружности опухоли открывалась сѣть венозныхъ сосудовъ, сообщавшихся съ расширенными подкожными венами. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль была со всѣхъ сторонъ окружена жировой тканью, проникавшей также и внутрь ея. Сама опухоль состояла изъ большого количества полостей различной формы, выстланныхъ однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью. Межуточная ткань состояла изъ бѣдной ядрами волокнистой соединительной ткани, содержавшей большое количество гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ. Мѣстами эти клѣтки располагались въ различныхъ направленіяхъ и какъ бы раздвигались соединительною тканью. Мѣстами *Hanenschild* обнаружилъ связь между описанными гладкими мышечными клѣтками и мышечнымъ слоемъ стѣнокъ большихъ артерій, также встрѣчавшихся въ изслѣдованной имъ опухоли. Авторъ причислилъ эту опухоль къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ и указалъ какъ на чрезвычайно рѣдкую ея локализацію, такъ и на то, что опухоль, повидимому, была пріобрѣтенная.

На основаніи представленнаго *Hanenschild*'омъ лишь неполнаго описанія изслѣдованной имъ опухоли, трудно составить себѣ ясное представленіе о ея характерѣ. Микроскопическая картина опухоли больше напоминала кавернозную, чѣмъ рацемозную ангіому. Послѣдняя состоитъ почти исключительно изъ артеріальныхъ сосудовъ и самостоятельныя полости въ ней встрѣчаются лишь рѣдко. Наличность же участковъ изъ гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, найденныхъ *Hanenschild*'омъ въ его опухоли, часто описывается какъ составная часть именно кавернозныхъ гемангіомъ. Поэтому я сомнѣваюсь въ томъ, чтобы опухоль, описанная *Hanenschild*'омъ, относилась къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ.

Eisenreiter изслѣдовалъ опухоль шеи, величиною съ куриное яйцо, удаленную у шестимѣсячнаго ребенка. Опухоль находилась подъ поверхностною фасціей шеи и оказалась типичной кавернозной гемангіомой. У того же ребенка были найдены кавернозныя гемангіомы и на лицѣ.

Becker описалъ у мужчины 59 лѣтъ рѣдкое сочетаніе различныхъ болѣзненныхъ процессовъ. Изъ анамнеза выяснилось, что больной родился съ сосудистой опухолью въ области лѣваго бедра (надъ колѣномъ). Эта опухоль исчезла послѣ прижиганій ея адскимъ камнемъ. На 32 году жизни у больного былъ удаленъ ulcus rodens лѣваго крыла носа. При изслѣдованіи больного *Becker* нашелъ пигментированную бородавку кожи лба, мягкую бородавку ниже праваго угла рта и канкроиды праваго вѣка и правой ушной раковины. Кромѣ того, *Becker* удалилъ, во первыхъ, опухоль правой щеки, оказавшуюся при микроскопическомъ изслѣдованіи меланосаркомой, и, во вторыхъ, нѣсколько врожденныхъ небольшихъ (величиною отъ булавочной головки до горошины) опухолей кожи лѣвой щеки и правой половины шеи, оказавшихся кавернозными гемангіомами. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ кавернозныхъ гемангіомахъ были найдены круглоклѣточный инфильтратъ и скопленія пигмента (какого, авторомъ не указано).

Приведенный случай *Becker*'а представляетъ интересъ, какъ примѣръ одновременнаго существованія въ одномъ и томъ же организмѣ доброкачественныхъ (гемангіомы) и злокачественныхъ (меланосаркома и, по макроскопической діагностикѣ автора, канкроиды) образованій.

Напалковъ приводитъ въ I обзорѣ научной дѣятельности госпитальной хирургической клиники И. М. У. одинъ случай гемангіомы боковой поверхности шеи, удаленной у 15-тилѣтней дѣвочки. Опухоль была впервые замѣчена на 5-мъ году жизни на лѣвой сторонѣ шеи и съ тѣхъ поръ достигла величины 6×7 cm. Она состояла изъ большихъ и маленькихъ полостей. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены крупныя и мелкія полости, заложенныя въ соединительной ткани и наполненныя кровью. Всѣ полости были выстланы эндотеліемъ. Мѣстами стѣнки маленькихъ полостей содержали гладкія мышцы. Кое-гдѣ встрѣчались артеріи. Кромѣ того мѣстами въ соединительной ткани находились узелки, напоминавшіе лимфоидные узлы.

Что касается случая, описаннаго *Булгаковымъ*, то здѣсь первичная, повидимому, гемангіома околоушной железы настолько разраслась, что заняла всю правую половину шеи вплоть до ключицы. Случай *Булгакова* приведенъ мною въ таблицѣ гемангіомъ околоушной железы (приложеніе, табл. *№ 6*).

Кромѣ уже упомянутыхъ гемангіомъ боковыхъ отдѣловъ шеи описываются еще сосудистыя опухоли *задней*

части шеи. Такія гемангіомы описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Wardrop* 1818, *Weber* 1851, *Tillaux* 1873, *Richelot* 1881, *Allen* 1892, *Siegmund* 1893, *Дьяконовъ* 1905, *Berry* 1906 и *Gilmour* 1911. *Richelot* и *Berry* описали цирсоидныя аневризмы средней части regionis nuchae, а *Siegmund* —артеріальную рацемозную ангіому лѣвой половины затылка.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленной опухоли было произведено въ случаяхъ *Weber*'а и *Дьяконова*.

Въ случаѣ *Weber*'а у дѣвочки $4^1/_2$ лѣтъ была удалена подкожная опухоль лѣвой стороны шеи. Опухоль была величиной съ грецкій орѣхъ и не имѣла капсулы. При микроскопическомъ изслѣдованіи была найдена жировая и фиброзная соединительная ткань, въ которыхъ были заложены многочисленные расширенные капиллярные сосуды. *Weber* считалъ найденныя телеангіэктазіи врожденнымъ и первичнымъ страданіемъ, къ которому уже впослѣдствіи присоединилось разрастаніе жировой и соединительной ткани.

Дьяконовъ въ III обзорѣ дѣятельности госп. хир. клиники И. М. У. упоминаетъ объ ангіомѣ шеи, удаленной у мальчика 13 мѣсяцевъ отъ роду. Опухоль была замѣчена съ рожденія, находилась на задней поверхности шеи и ко дню операціи достигла величины 6 cm. × 6 cm. Макроскопически опухоль состояла изъ петель сосудовъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи была найдена „ангіома съ большимъ количествомъ межуточной ткани".

Изъ всего вышеприведеннаго видно, что гемангіомы покрововъ шеи встрѣчаются не часто и локализируются преимущественно въ боковыхъ ея отдѣлахъ. Значительный интересъ представляетъ частое нахожденіе въ области боковыхъ отдѣловъ шеи смѣшанныхъ опухолей, состоящихъ изъ кровяныхъ кистъ и остатковъ кавернозной ткани. Наиболѣе вѣроятнымъ слѣдуетъ считать, по *Дьяконову и Лысенкову*, предположеніе, что кровяныя кисты происходятъ на счетъ кавернозныхъ гемангіомъ, сидящихъ рядомъ съ веной.

Отмѣчу также, что почти всѣ приведенные мною авторы указываютъ на врожденный характеръ описанныхъ ими гемангіомъ шеи.

Литература. 1818. **Wardrop**. Med. chir. T. IX. p. 202. см. M.B. p. 159; V. p. 353. — 1833. **Macilwain**. Med. chir. T. XXIII. см. V. p. 360. — 1851. **Weber**. Müller's Arch. p. 74. см. Mathez. p. 76—77. — 1857. **Erichsen**. Br.m.J. Dec. p. 1019. см. Schück. p. 17. — 1861. **Nussbaum**. см. V. p. 361. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1865. **Lücke**. Beiträge zur Geschwulst-

lehre. II. Die Combinationen der cavernösen Geschwülste und ihre Umwandlungen. V.A. XXXIII. p. 330—339. — 1871. **Valenta**. Cystenhygrom am Halse combinirt mit cavernösem Angiom u. Makroglossie. Oester. Jahrb. f. Pädiatr. II. p. 35. см. V.I.B. — 1873. **Monti**. L. I. XI. p. 633. см. M.B. p. 158. — 1873. **Tillaux**. Soc. chir. p. 599. см. Forgue и Reclus. p. 523. — 1873. **Volkmann**. A. Chir. XI p. 568. см. Völker и Franke. — 1876. **Wilkinson**. T.P.S. Lond. XXVI. см. Schück. p. 16. — 1877. **Krönlein**. Bericht über die Langenbeck'sche Klinik u. Poliklinik. A. Chir. XXI. см. Völker и Franke. p. 428. — 1881. **Richelot**. Union méd. см. Тиховъ. p. 238. — 1882. **Reclus**. Soc. chir. см. M.B. p. 159. — 1882. **Schmiecking**. C. Gyn. см. Mathez. p. 29. — 1883. **Hueter**. Общая и частная хирургія. II. ч. I. русск. перев. p. 396. — 1884. **Langenbeck**. In Cramer. Ueber Fermentintoxication ausgehend von einer Blutcyste. Ges. C. XIII. см. Völker и Franke. p. 413. — 1884. **Reclus**. Angiome caverneux du cou en communication directe avec la veine jugulaire interne. Clinique et critique chir. p. 299. см. M.B. p. 159; Hartmann. R. chir. 1889. II. — 1885. **Schück**. см. стр. 85. — 1885. **Gluck**. B.kl. W. № 52. см. M.B. p. 159. — 1887. **Schmidt**. Die Teleangiectasie der Haut u. ihre Behandlung. I.D. Würzburg. см. V.I.B. 23. — 1888. **Duncan** см. стр. 102. — 1888. **Völker u. Franke**. 3 Fälle von Erkrankung der seitlichen Halsgegend. I. Blutcyste der seitlichen Halsgegend. D.Z. Chir. 28. p. 411. — 1888. **Israel**. Exstirpation eines Cavernoms am Halse mit Resection des Nervus sympathicus. B.kl.W. № 7. p. 120. — 1889. **Meyer**. Ueber Blutcysten des Halses. I.D. Würzburg. см. V.I.B. 24. — 1890. **Baier**. Ein Beitrag zur Histologie und Pathogenese der Blutcysten des Halses. Prager Zeitschr. f. Heilkunde. см. V.I.B. 25. p. 253. — 1890. **Cahen**. D.m.W. см. Тиховъ. p. 242. — 1891. **Köhler**. Ein Fall von Blutcyste der seitlichen Halsgegend. I.D. Erlangen. см. V.I.B. 27. — 1892. **Allen**. Erythema et naevus nuchae. T. amer. dermat. assoc. XV. p. 72. см. V.I.B. 28. — 1893. **Hauenschild**. см. стр. 78. — 1893. **Kötschau**. D.m.W. см. Тиховъ. p. 243. — 1893. **Siegmund**. см. стр. 85. — 1894. **Eisenreiter**. Über kavernöse Angiome am Hals. I.D. München. Münch. med. Abhandl. VII. см. L.O.E. I 2. p. 342 и V.I.B. 29. — 1895. **Becker**. Zur Kasuistik multipler primärer Geschwülste. B.B. XIV. p. 146. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1896. **Дешинъ**. Кровяная киста шеи. Дѣтск. мед. кн. 4. см. Дьяконовъ и Лысенковъ. — 1897. **Борманъ**. Кровяныя кисты боковой поверхности шеи. М.О. май. — 1900. **Лисянскій**. Случай ангіомы шеи. Тр. Ф. Мед. Общ. въ Саратовѣ, вып. V. см. B.—1901. **Honsell**. см. стр. 96. — 1902. **Дьяконовъ и Лысенковъ**. Болѣзни шеи. Русская хирургія. XX. 1902. — 1903. **Напалковъ**. см. стр. 128. — 1904. **Pólya**. Beiträge zur Chirurgie der peripherischen Blutadergeschwülste. Jahrb. d. allg. Krankenhäus. der St. Budapest. см. V.I.B. 40. — 1905. **Дьяконовъ**. см. стр. 96. — 1906. **Berry**. Large arterio-venous aneurysma of the neck treated by excision. L. 22. XII. p. 1714. — 1909. **Булгаковъ**. Angioma cavernosum colli. M.O. № 14. p. 213—217. — 1911. **Gilmour**. Med. Record. 7. X. см. Derm. W. 1912. № 27. p. 869. — **Fischer, Gessler, Krönlein, Küster, Czerny, Esmarch** и др. см. Eisenreiter. — **Koch, Siebold**. см. Hueter. — **König**. см. M.B. —

D. Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки туловища.

Частота ихъ нахожденія. Ихъ классификація: подраздѣленія *Virchow*'а, *Mauclaire и de Bovis*'а и собственное. Гемангіомы груди и надплечья, подкрыльцовой впадины, верхняго отдѣла спины (лопаточныя), передней брюшной стѣнки (пупочныя), боковыхъ отдѣловъ брюшной стѣнки и поясничной области, сѣдалищной области и гемангіомы, занимающія значительную часть покрововъ туловища. Ихъ казуистика.

Гемангіомы покрововъ туловища встрѣчаются не часто. Какъ видно изъ таблицы VIII (стр. 68), онѣ составляютъ въ среднемъ 14,5% всѣхъ наружныхъ гемангіомъ. По *Gessler*'у (1889), *Hauenschild*'у (1893) и *Schmidt*'у (1905) онѣ встрѣчаются еще рѣже—въ 11% кожныхъ гемангіомъ. Замѣчу, что эти опухоли, будучи доброкачественными, лишь рѣдко требуютъ лѣченія, а потому обычно не привлекаютъ на себя вниманіе врачей. Этимъ объясняется и малое число имѣющихся въ медицинской литературѣ описаній наружныхъ гемангіомъ туловища.

Соотвѣтственно различнымъ областямъ наружной поверхности туловища, можно подраздѣлить эти опухоли на нѣсколько группъ.

Virchow (1863) описалъ подкрыльцовыя, лопаточныя, брюшныя, поясничныя и ягодичныя гемангіомы.

Mauclaire и de Bovis (1896) различаютъ только четыре главныя группы гемангіомъ: подкрыльцовой области, передней грудной области, брюшныхъ стѣнокъ, спинныя и сѣдалищныя.

Мнѣ кажется болѣе цѣлесообразнымъ слѣдующее топографическое распредѣленіе наружныхъ гемангіомъ туловища: 1) гемангіомы груди и надплечья, 2) г. подкрыльцовой впадины, 3) г. верхняго отдѣла спины (лопаточныя), 4) г. передней брюшной стѣнки (пупочныя), 5) г. боковыхъ отдѣловъ брюшной стѣнки и поясничной области, 6) г. сѣдалищной области и, наконецъ, 7) гемангіомы, занимающія значительную часть покрововъ туловища [1]).

[1]) Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки половыхъ органовъ будутъ приведены въ главѣ: Гемангіомы половыхъ органовъ.

1. Гемангіомы груди и надплечья: Гемангіомы этой области описали слѣдующіе авторы: *Wardrop* 1834, *Birkett* 1851, *Holmes Coote* 1852, *Busch* 1854, *Walther* 1861, *Bouchut* 1862 (два случая), *Weber* 1864, *Monod* 1882, *Morgan* 1892, *Menzel* 1894, *Mauclaire u. de Bovis* 1896, *Bing* 1903, *Дьяконовъ* 1904, *Вертоградовъ* 1906, *Trappe* 1907, *Дьяконовъ* 1908 (два случая), *Grünbaum* 1909, *Поздюнинъ-Познанинъ* 1911, *Ledermann* 1912, *Paget* (годъ появленія его работы мнѣ не извѣстенъ) и др.

Микроскопическое изслѣдованіе опухолей произведено *Weber*'омъ, *Bing*'омъ, *Trappe*, *Поздюнинымъ-Познанинымъ* и въ случаяхъ, приведенныхъ *Дьяконовымъ*.

Weber изслѣдовалъ опухоль, удаленную имъ изъ области кожи лѣваго надплечья у дѣвочки черезъ нѣсколько недѣль послѣ ея рожденія. Сейчасъ же послѣ рожденія опухоль была величиной съ фасоль, ко дню же операціи она выросла до величины небольшого яблока. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась телеангіэктазіей. Мѣстами были видны кавернозныя полости, получившіяся путемъ сліянія сосѣднихъ расширенныхъ капилляровъ.

Bing изслѣдовалъ сосудистую опухоль, удаленную у ребенка изъ кожи груди. На поверхности опухоли была небольшая язва. При микроскопическомъ изслѣдованіи новообразованія найдены участки неодинаковаго строенія. Наибольшая часть опухоли состояла изъ многочисленныхъ спавшихся капиллярныхъ сосудовъ съ гипертрофированнымъ эндотеліемъ. Между капиллярами находилась въ очень маломъ количествѣ богатая ядрами соединительная ткань. Кое-гдѣ были видны большіе толстостѣнные сосуды. Въ другой части опухоли замѣчалось развитіе обильной, бѣдной ядрами волокнистой соединительной ткани, въ которой заложены расширенные тонкостѣнные сосуды. Между названными отдѣлами опухоли находились участки, которые по своему строенію стояли на границѣ между первымъ и вторымъ отдѣломъ и которые развивались, благодаря разрастанію и уплотненію соединительнотканнаго межуточнаго вещества. „Es trat dann aber", говоритъ *Bing*, „auch die erwähnte Dilatation der Gefässe im Verein mit dieser fibromatösen Metamorphose des Stromas auf"[1]. Наконецъ, около язвы найдена грануляціонная ткань. Граница опухоли съ окружающими тканями была не рѣзкая. При окрашиваніи на эластическую ткань оказалось, что въ соединительной ткани гемангіомы эластическихъ волоконъ было гораздо меньше, чѣмъ въ сосѣдней съ опухолью соединительной ткани кожи. Въ окружающей просвѣты новообразованныхъ сосудовъ ткани *Bing* совсѣмъ не видалъ эластическихъ волоконъ. Кон-

---

[1]) *Bing*. Beiträge zur Histologie der Angiome. I.D. Würzburg. 1903. p. 27.

статируя исчезаніе эластической ткани въ участкахъ кожи, подвергшихся прорастанію сосудами опухоли, авторъ нашелъ въ соединительной ткани болѣе старыхъ, фиброзно перерожденныхъ, участковъ опухоли, наоборотъ, новообразованіе эластической ткани. Въ своемъ заключеніи *Bing* обращаетъ вниманіе на прорастаніе гемангіомой жировыхъ долекъ и потовыхъ железъ, кончающееся полнымъ ихъ замѣщеніемъ новообразованной сосудистой тканью. Этотъ процессъ *Bing* называетъ „ангіоматозной метаморфозой" жировыхъ долекъ и потовыхъ железъ кожи.

Trappe изслѣдовалъ множественныя гемангіомы кожи, удаленныя у двухлѣтняго ребенка изъ области шеи, лица, боковой поверхности груди и изъ кожи бедра

Всѣ опухоли оказались при микроскопическомъ изслѣдованіи одинаковаго строенія и состояли изъ размножившихся „прекапиллярныхъ" сосудовъ, образовавшихъ отдѣльныя дольки. Ширина этихъ сосудовъ была различная, стѣнки ихъ состояли изъ одного слоя эндотеліальныхъ клѣтокъ. Соотвѣтственно степени наполненія сосудовъ, послѣднія представлялись то плоскими, то кубическими. Мѣстами въ опухоляхъ открывались небольшіе участки, состоявшіе изъ широкихъ полостей кавернознаго типа. На серіи срѣзовъ *Trappe* удалось прослѣдить, какъ артерія мелкаго калибра переходила въ дольку сосудистой опухоли: „... ein kleines, deutlich als Arterie charakterisiertes Gefäss", пишетъ *Trappe*, „teilt sich in zwei Ästchen, von denen das eine alsbald sich zu einem kleinen Geschwulstläppchen umwandelt..." [1]) *(?)*.

Сосочки кожи надъ опухолями оказались уплощенными. Между дольками опухолей были найдены сильно гипертрофированныя гладкія мышцы (m. arrectores pilorum) и корни волосъ. Потовыя и сальныя железы, также встрѣчавшіяся между дольками опухолей, представлялись въ нормальномъ количествѣ и обычной величины. При окрашиваніи на эластическую ткань, въ стѣнкахъ сосудовъ были найдены многочисленныя эластическія волокна. Граница опухолей съ окружающими тканями представлялась не рѣзкой, при чемъ *Trappe*, въ противоположность *Ribbert*'у, нашелъ, что кожные сосуды съ различныхъ сторонъ сообщались съ сосудами опухолей.

По *Trappe*, въ его случаѣ въ опредѣленномъ участкѣ кожи имѣло мѣсто увеличеніе количества сосудовъ и гипертрофія гладкихъ мышцъ и корней волосъ. Описанныя опухоли *Trappe* называетъ сосудистыми гамартомами кожи.

Дьяконовъ (1908), въ обзорѣ дѣятельности своей клиники, приводитъ очень краткое описаніе двухъ случаевъ гемангіомъ грудной стѣнки и предплечья.

Въ первомъ случаѣ у женщины 26 лѣтъ за годъ до операціи появилась незначительной величины опухоль покрововъ груди въ об-

---

[1]) *Trappe*. Hamartoma vasculosum cutis. F.Z. 1907. I. p. 117.

ласти подмышечной линіи между XI и XII ребрами. При поступленіи въ клинику опухоль достигла величины 3 cm.×2 cm.×2 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены многочисленные растянутые сосуды (относительно ихъ характера ничего не говорится), проросшіе мышечную ткань.

Во второмъ случаѣ у 5-лѣтней дѣвочки на второмъ году ея жизни, послѣ ушиба въ области лѣваго надплечья, появилась небольшая опухоль, которая черезъ три года достигла величины 3 cm.×4,5 cm.× 4 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли, послѣдняя оказалась ангіомой.

Поздюнинъ-Познанинъ изслѣдовалъ костеподобныя образованія, удаленныя у 11-лѣтней дѣвочки изъ трехъ областей кожи: лѣваго бедра, спины (ниже угла лѣвой лопатки), и изъ грудной области (ниже лѣвой ключицы). Всѣ удаленныя образованія впервые были замѣчены въ раннемъ дѣтствѣ дѣвочки. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены какъ отдѣльныя костныя образованія, расположенныя въ подкожной соединительной ткани, такъ и кавернозныя полости. Въ послѣднихъ мѣстами открывалась кровь, а мѣстами тромбы, частью петрифицированные, частью превратившіеся въ костныя образованія.

По мнѣнію автора, въ подкожной жировой ткани произошло развитіе группъ венъ, которыя впослѣдствіи расширились и превратились въ кавернозныя гемангіомы (angioma venosum cavernosum).

Описанный *Поздюнинымъ-Познанинымъ* исходъ кавернозной гемангіомы подкожной клѣтчатки (образованіе кости какъ результатъ своеобразной организаціи тромбовъ) представляетъ большой интересъ, а по мнѣнію автора, въ литературѣ еще не былъ описанъ. Въ случаѣ *Glaser*'а (1909, см. ниже), упомянутомъ *Поздюнинымъ-Познанинымъ*, образованіе кости въ кавернозной гемангіомѣ подкожной клѣтчачки предплечья происходило не въ просвѣтахъ кавернозныхъ образованій, а въ гіалиново перерожденныхъ соединительнотканныхъ перегородкахъ между полостями.

2. Гемангіомы подкрыльцовой впадины. Гемангіомы этой области наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Ormerod* (годъ появленія его работы мнѣ не извѣстенъ), *Busch* (1854), *Thibierge* (1871), *Брычевъ* (1909), *Соболевъ* (1911) и *Konjetzny* (1912).

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли представилъ только *Соболевъ*.

Онъ изслѣдовалъ у молодой дѣвушки опухоль, помѣщавшуюся

подъ мышкой снаружи mammae. Въ увеличенныхъ въ объемѣ сосочкахъ кожи *Соболевъ* нашелъ широкія расширенныя полости, наполненныя кровью, въ глубинѣ же подсосочковой ткани и въ подкожной клѣтчаткѣ—узлы, состоявшіе изъ клубка сосудовъ венознаго характера и изъ неправильно разросшихся гладкихъ мышцъ.

Соболевъ дѣлаетъ предположеніе, что описанная имъ опухоль произошла изъ нѣсколькихъ зачатковъ сосудистой системы.

3. Гемангіомы верхняго отдѣла спины. Гемангіомы этого отдѣла обыкновенно находятся въ области лопатокъ и потому описываются авторами какъ лопаточныя. Такія гемангіомы наблюдали слѣдующіе авторы: *Bickerstecht* (1853), *Beck* (1857). *Fochier* (1878), *Lawrie* (1881), *Wallis* (1893), *Поздюнинъ-Познанинъ* (1911), *Fabry* (1911) и др.

Wallis произвелъ микроскопическое изслѣдованіе опухоли, находившейся у мужчины 44 лѣтъ въ лѣвой лопаточной области и выросшей за четыре мѣсяца до операціи до значительной величины. На основаніи клиническихъ данныхъ предполагалась саркома. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась ангіомой. Въ доступномъ мнѣ рефератѣ этого случая не приведено, къ сожалѣнію, описанія микроскопической картины опухоли.

Поздюнинъ-Познанинъ, изслѣдуя множественныя опухоли кожи, подвергъ изслѣдованію и тѣ, которыя находились въ области кожи подъ угломъ лѣвой лопатки. Микроскопическое описаніе этихъ опухолей приведено было мною выше (стр. 140).

4. Гемангіомы передней брюшной стѣнки. Гемангіомы этой области въ видѣ ограниченныхъ опухолей встрѣчаются крайне рѣдко. Такъ, напримѣръ, *Rosenmeyer* [1]) (1882) собралъ свѣдѣнія относительно всѣхъ описанныхъ опухолей преимущественно глубокихъ слоевъ брюшныхъ стѣнокъ и среди этихъ опухолей не было ни одной гемангіомы. *Freudenstein* [2]) (1893), который собралъ 30 различныхъ опухолей брюшной стѣнки изъ берлинской больницы Августы (*Küster*), также не нашелъ среди нихъ ни одной гемангіомы. Наконецъ, *Giannetasio* [3]) (1900)

---

[1]) *Rosenmeyer*. Die Neubildungen der Bauchdecken. Wien. med. Blätter. 1882. № 29—32. см. V. I. B. 1883.

[2]) *Freudenstein*. Über Geschwülste der Bauchdecken. I. D. Marburg. 1893. см. V.J.B. 28.

[3]) *Giannetasio*. Sur les tumeurs de l'ombilic, contribution clinique. et observation histopathologique. A.gén.méd. 1900. Vol. 185. № 1. p. 52—65.

въ своей статьѣ о случаѣ фибромиксомы пупка собралъ данныя и о всѣхъ остальныхъ опубликованныхъ опухоляхъ пупочной области. Среди послѣднихъ гемангіомъ онъ тоже не нашелъ.

По мнѣнію *Mauclaire u de Bovis*'а опухоль пупка, описанная *Bousquet* (1887) подъ названіемъ папилломы, была гемангіомой. Такую же гемангіому пупка наблюдалъ *Colombes* (1887). Наконецъ, *Naumann* (1893) описалъ кавернозную гемангіому пупочной области. Въ его случаѣ гемангіомы занимали также покровы груди и подмышечной впадины. Къ сожалѣнію, у меня нѣтъ свѣдѣній относительно того, было-ли произведено въ случаяхъ названныхъ авторовъ микроскопическое изслѣдованіе.

5. Гемангіомы боковыхъ отдѣловъ брюшной стѣнки и поясничной области. Гемангіомы этихъ областей соединены мною въ одну общую группу, такъ какъ эти гемангіомы часто занимаютъ одновременно и кожу одной стороны спины, и кожу живота.

Гемангіомы, принадлежащія съ этой группѣ, наблюдали слѣдующіе авторы: *Verneuil*, *Watson*, *Gluck*, (годъ опубликованія работъ этихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ), *Birkett* 1861, *Ewald* 1865, *Bèllouard* 1878, *Hinterstoisser* 1888, *Bandler* 1888, *Duplay* 1892, *Voigt* 1893, (два случая), *Lejeune* 1899, *Morestin* 1899, *Behr* 1900, *Wolff* 1900 (первый случай,) *Péraire u Weinberg* 1902, *Chaput* 1904, *Kirmisson* 1912 и др.

Микроскопическое изслѣдованіе опухолей было произведено въ случаяхъ, описанныхъ *Voigt*'омъ, *Morestin*, *Behr*'омъ, и *Péraire u Weinberg*.

Voigt изслѣдовалъ опухоль, занимавшую у 50-лѣтняго мужчины кожу туловища, начиная отъ XI ребра справа и кончая гребешкомъ подвздошной кости, между сосковой и задней аксиллярной линіей. Опухоль впервые была замѣчена у больного на 30-омъ году его жизни послѣ паденія его съ лошади. Въ то время опухоль ограничивалась правой поясничной областью и была величиною съ куриное яйцо. Послѣ повторныхъ ушибовъ она стала расти и причинять боли. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли, она оказалась кавернозной гемангіомой.

Morestin удалилъ у трехлѣтняго мальчика большую врожденную опухоль, занимавшую кожные покровы, начиная отъ лѣваго ребернаго края и кончая гребешкомъ подвздошной кости и лобкомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась кавернозной гемангіомой съ

многочисленными новообразованными сосудами и большимъ количествомъ участковъ изъ гладкой мышечной и жировой ткани.

Behr изслѣдовалъ опухоль, удаленную у 12-лѣтняго мальчика. Отъ рожденія у мальчика была замѣтна опухоль величиною съ кулакъ, расположенная въ правой поясничной области. За полъ года до операціи опухоль стала замѣтно увеличиваться и заняла подкожную клѣтчатку, дойдя кверху до X ребра справа, а книзу нѣсколько ниже гребешка подвздошной кости. Кпереди до бѣлой линіи, а кзади до позвоночника опухоль не доходила на разстояніи ширины ладони. На разрѣзѣ удаленная опухоль состояла изъ многочисленныхъ большихъ полостей, наполненныхъ кровью. Лишь нѣкоторыя полости были наполнены мутной серозной жидкостью. Такими же кровяными полостями, но меньшей величины, были пронизаны поверхностные слои наружной косой мышцы При микроскопическомъ изслѣдованіи полости оказались выстланными плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань опухоли состояла изъ волокнистой соединительной ткани съ многочисленными участками круглоклѣточнаго инфильтрата.

Behr причислилъ описанную имъ опухоль къ смѣшаннымъ, такъ какъ она, по его мнѣнію, состояла изъ кавернозной гемангіомы и лишь отчасти изъ лимфангіомы. Авторъ назвалъ свою опухоль angioma cavernosum permagnum regionis lumbalis dextrae.

Péraire и *Weinberg* удаляли и изслѣдовали у семимѣсячнаго мальчика небольшую опухоль, величиною въ пятифранковую монету, и находившуюся на границѣ поясничной и крестцовой областей. Опухоль впервые была замѣчена на седьмой день жизни мальчика и была величиною съ чечевичное зерно. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась состоящей изъ новообразованныхъ капиллярныхъ сосудовъ съ утолщенными стѣнками. Эндотелій капилляровъ опухоли представлялся въ видѣ сочныхъ клѣтокъ съ большими ядрами и былъ во многихъ капиллярахъ расположенъ въ два слоя. Эластическихъ волоконъ въ стѣнкахъ новообразованныхъ капилляровъ не было найдено. Авторы указываютъ, что въ области распространенія опухоли эластическая ткань кожи оказалась уничтоженной: „on peut constater" пишутъ они, „la destruction du tissu élastique du derme au niveau de l'envahissement néoplasique" [1]).

6. Гемангіомы сѣдалищной области. Гемангіомы сѣдалищной области описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Baum* 1859, *Weber* 1864. *Panas* 1871, *Tillaux* 1874, *Le Dentu* 1889, *Winiarski* 1893, *Klekner* 1910.

Отмѣчу, что въ случаяхъ *Baum*'а, *Panas*'а. *Le Dentu* и *Klekner*'а авторы описали рацемозныя гемангіомы.

---

[1]) *Péraire et Weinberg.* Angiome de la région sacro-lombaire etc. Soc anat. 1902. mars. p. 339.

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли было произведено только *Klekner*'омъ, демонстрировавшимъ свои препараты на съѣздѣ венгерскихъ хирурговъ. Въ доступныхъ мнѣ рефератахъ не приведено, къ сожалѣнію, описанія микроскопической картины опухоли *Klekner*'а.

7. Гемангіомы, занимающія значительную часть покрововъ туловища. Такія гемангіомы наблюдали слѣдующіе авторы: *Rayer*, *Krilowski* (годъ появленія работъ этихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ), *Hulke* 1876, *Barwell* 1876, *Naumann* 1893, *Heller* 1898, *Eiselsberg* 1908, *Danlos*, *Apert и Flandin* 1909 и др. Въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, которые описаны приведенными авторами, гемангіомы занимали не только почти половину всѣхъ наружныхъ покрововъ туловища, но захватывали кромѣ того часто и кожные покровы конечностей.

Hulke наблюдалъ такую распространенную гемангіому лѣвой стороны покрововъ туловища у 8-лѣтней дѣвочки. При вскрытіи этой дѣвочки, умершей отъ рожи, оказалось, что всѣ большія артеріи лѣвой стороны и аорта представлялись уменьшенными въ своихъ размѣрахъ. *Heller* наблюдалъ исполинское сосудистое родимое пятно, занимавшее у мужчины 68 лѣтъ правую половину тѣла. *Eiselsberg* демонстрировалъ въ вѣнскомъ обществѣ врачей у ребенка кавернозную гемангіому, занимавшую всю правую половину тѣла. *Naumann* описалъ кавернозныя гемангіомы, занимавшія въ одномъ и томъ же случаѣ грудную, лѣвую подмышечную и пупочную области. Наконецъ, *Danlos*, *Apert и Flandin* описали у одного мужчины громадныя множественныя сосудистыя опухоли, занимавшія кожные покровы почти всего туловища. Кромѣ того у того же больного они нашли: разсѣянныя расширенія венъ, livedo и гипертрофію костей скелета, соотвѣтствовавшую расположенію сосудистыхъ опухолей (преимущественно слѣва). По мнѣнію послѣднихъ авторовъ, въ описанномъ ими случаѣ былъ ясно выраженъ симптомокомплексъ, выдѣленный *Klippel*'емъ и *Trénauney* подъ названіемъ „naevus variqueux ostéo-hypertrophique".

Къ сожалѣнію, ни въ одномъ изъ случаевъ, помѣщенныхъ мною въ седьмую группу гемангіомъ туловища, не было произведено микроскопическаго изслѣдованія.

На основаніи вышеизложеннаго видно, что гемангіомы покрововъ туловища лишь рѣдко подвергались микроскопическому изслѣдованію: въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти описанія только 13 микроскопически изслѣдованныхъ гемангіомъ туловища.

Распредѣленіе больныхъ, страдавшихъ этими гемангіомами, по возрасту и полу представлено мною въ таблицѣ XIV.

Таблица XIV.

Полъ	Возрастъ: До 1 года	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	Неизвѣстно	Всего
мужч.	1	1	1	—	1	1	—	5
женщ.	1	1	1	1	—	—	1	5
неизвѣст.	—	2	—	—	—	—	1	3
Итого	2	4	2	1	1	1	2	13

Въ 6 случаяхъ (*Weber*'а, *Bing*'а, *Trappe*, *Поздюнина-Познанина*, *Morestin* и *Behr*'а) гемангіомы были врожденныя. Въ двухъ случаяхъ (*Voigt*'а и *Дьяконова*) появленію опухолей предшествовали ушибы соотвѣтствовавшаго отдѣла туловища, въ случаѣ же *Voigt*'а такіе ушибы были повторные. Множественныя гемангіомы покрововъ туловища встрѣчаются не рѣдко, но подробное микроскопическое изслѣдованіе такихъ опухолей представили, насколько мнѣ извѣстно, лишь *Trappe* и *Поздюнинъ-Познанинъ*. Величина опухолей различная: встрѣчаются какъ маленькія (случаи *Bing*'а, *Поздюнина-Познанина*), такъ и большія (случаи *Voigt*'а, *Behr*'а и др.) гемангіомы.

Всѣми авторами, за исключеніемъ *Trappe*, отмѣченъ интенсивный ростъ гемангіомъ туловища. *Bing* указалъ на прорастаніе гемангіомами жировыхъ долекъ и потовыхъ же-

лезъ. Ростъ гемангіомъ одними авторами связывается съ частыми травмами, которымъ несомнѣнно подвергаются наружныя гемангіомы, другими же также съ наступленіемъ половой зрѣлости (*Behr*).

Что касается строенія гемангіомъ, то *Weber* и *Bing* нашли простыя гемангіомы кожи, при чемъ *Weber* въ своемъ случаѣ встрѣтилъ и кавернознаго вида полости. Четыре автора (*Поздюнинъ-Познанинъ*, *Voigt*, *Morestin* и *Behr*) описали кавернозныя гемангіомы, а одинъ (*Klekner*)—артеріальную рацемозную гемангіому. Въ описаніи случаевъ *Дьяконова* и *Wallis*'а не имѣется указаній на характеръ изслѣдованныхъ ими гемангіомъ. Окостенѣніе кавернозной гемангіомы, наблюдавшееся *Поздюнинымъ-Познанинымъ*, является рѣдкимъ и интереснымъ явленіемъ. Автору удалось установить, что въ изслѣдованныхъ имъ опухоляхъ кость образовалась въ петрифицированныхъ тромбахъ, заполнявшихъ кавернозныя полости.

Что касается вопроса о сущности тѣхъ гемангіомъ, которыя были найдены въ покровахъ туловища, то одни авторы (*Weber*, *Bing*, *Поздюнинъ-Познанинъ* и др.) причисляютъ свои случаи къ настоящимъ опухолямъ изъ кровеносныхъ сосудовъ, являющимся обычно врожденными, тогда какъ *Trappe* относитъ свой случай къ образованіямъ, происшедшимъ вслѣдствіе порока развитія (гамартомамъ), не обладающимъ прогрессивнымъ ростомъ.

Въ виду значительной рѣдкости микроскопическаго изслѣдованія гемангіомъ туловища, въ настоящее время нѣтъ возможности придти къ опредѣленнымъ заключеніямъ относительно сущности и происхожденія этихъ образованій.

Литература. 1834. **Wardrop.** см. V. p. 361. — 1851. **Birkett.** см. V. p. 420. — 1852. **Holmes Coote.** Lond. med. Gaz. см. V. p. 362. — 1853. **Bickersteht.** Edinb. monthl. J. см. V. p. 361. — 1854. **Busch.** Chir. Beob. см. V. p. 361. — 1857. **Beck.** Klin. Beiträge. см. V. p. 361. — 1859. **Baum.** I.D. Berlin. см. V. p. 482, Schück. p. 58. — 1861. **Watson.** см. Behr, Mathez и др. — 1861. **Birkett.** см. Behr, V. p. 362, M.B. p. 165. — 1861. **Walther.** см. V. p. 421. — 1862. **Bouchut.** см. V. p. 339, M.B. p. 164. — 1864. **Weber.** Ueber die Betheiligung der Gefässe besonders der Capillaren an den Neubildungen. V.A. 29. p. 84—120. — 1865. **Ewald.** см. V. p. 359. — 1871. **Pa-**

nas. G.d.H. № 92. см. Schück. p. 83. — 1874. **Tillaux**. Soc. chir. 1. VII. см. M.B. p. 167. — 1876. **Hulke**. Br.m.J. 16. XII. см. Heller. — 1876. **Barwell**. см. Heller. — 1878. **Bellouard**. Soc. anat. p. 539. см. M.B. p. 166. — 1878. **Fochier**. Lyon médic. XXX. p. 479. см. M.B. p. 166. — 1882. **Monod**. J. des sc. méd. de Bordeaux. 1. I. см. M.B. p. 164. — 1884. **Gluck**. см. Mathez. p. 19. — 1887. **Bonsquet**. Soc. chir. p. 423. см. M.B. p. 165. — 1887. **Colombes**. см. M.B. p. 165. — 1888. **Hinterstoisser**. Beitrag zur Casuistik der cavernösen Angiome. W.kl.W. № 18. см. V.I.B., Behr. p. 19 и др. — 1888. **Bandler**. Demonstration im Verein Deutsch. Aerzte in Prag. 20. I. Протоколъ in B.kl.W. № 22. — 1889. **Gessler**. см. стр. 78. — 1889. **Le Dentu**. Mém. de chir. см. Тиховъ. p. 241. — 1891. **Thibierge**. Soc. fr. dermat. et syph. nov. см. M.B. p. 163. — 1892. **Duplay**. Gaz. hebd. 11. VI. p. 385. см. M.B. p. 164. — 1893. **Hauenschild**. см. стр. 78. — 1893. **Wallis**. Angeioma of left scapular region. 7. XI. T.P.S. Lond. 45. 1894/95. p. 172—174. см. M.B. p. 167. — 1893. **Winiarski**. Gazeta lekarska. № 1 и 3. см. V.I.B. 28. — 1893. **Voigt**. см. стр. 64: Seidener. p. 29, Behr. p. 19 и др. — 1893. **Morgan**. см. M.B. p. 164. — 1893. **Naumann**. Angiomata cavernosa regionis pectoralis et axillaris sin. et regionis umbilicalis. Eira. Stockholm. XVII. p. 325—328. см. C. Path. — 1894. **Menzel**. Ein Fall von Angioma cavernosum. I.D. Greifswald. см. V.I.B. 30. — 1898. **Heller**. Teleangiectasie der rechten Körperhälfte mit Angio-Elephantiasis. Sitz. Berl. med. Ges. 26. X. Пр. in B.kl.W. № 45. p. 1002. — 1899. **Lejeune**. Ueber eine enorme varicöse Geschwulst der linken Bauchwand. V.A. 155. p. 396—399. — 1899. **Morestin**. Soc. anat. 24. XI. см. C. Path. 1901. p. 957. — 1900. **Behr**. Über Angioma cavernosum und Mitteilung eines Falles von Angioma cavernosum permagnum regionis lumbalis dextrae. I.D. Kiel. — 1900. **Wolff**. Zwei Fälle von sehr ausgedehnter Angioelephantiasis. B.kl.W. p. 210. — 1902. **Péraire et Weinberg**. Angiome de la région sacro-lombaire. Exstirpation. Guérison. Soc. anat. LXXVII. 6-e série. IV. mars. p. 338—339. — 1903. **Bing**. см. стр. 85. — 1904. **Дьяконовъ**. см. стр. 96. — 1904. **Chaput**. Enorme angiome lumboabdominal. Soc. chir. № 16. p. 444—446. — 1905. **Schmidt**. см. стр. 78. — 1906. **Вертоградовъ**. Представленіе въ научномъ Совѣщ. Клин. Воен. Госпит. 16. II. Пр. см. В. Г. № 18. p. 503. — 1907. **Trappe**. Über geschwulstartige Fehlbildungen von Niere, Milz, Haut und Darm. III. Hamartoma vasculosum. cutis. F.Z. 1. p. 116—118. — 1908. **Eiselsberg**. Ges. d. Aerzte in Wien. 8. V. Пр. см. W.m.W. № 21. — 1908. **Дьяконовъ**. см. стр. 96. — 1909. **Danlos, Apert et Flandin**. Immenses naevi disséminés avec hypertrophie à forme hémiplégique de tout le côté gauche et insuffisance aortique. Bull. de la Soc. fr. de derm. et syph. XX. № 6. p. 215. см. реф. Derm. C. 1910. № 7. p. 208; R. neur. 1910. 1. p. 89. — 1909. **Grünbaum**. Riesenhämangiom. M.m.W. № 13. — 1909. **Брычевъ**. Lymphangioma superficiale. Angioma cavernosum. Русск. журн. кожн. и венер. бол. T. XVIII. № 12. p. 258. — 1909. **Glaser**. Kavernöses Angiom des Vorderarmes mit Knochenbildung. C. Path. XX. p. 632. — 1910. **Klekner**. см. стр. 129. — 1911. **Поздюнинъ-Познанинъ**. Случай образованія кости въ кожѣ. M.O. № 10. p. 954—961. — 1911. **Fabry**. см. стр. 89. — 1912. **Ledermann**. Demonstration

in der Berliner dermat. Ges. 18. II. Пр. см. Derm. Z. XIX. № 5. p. 461. — 1911. **Соболевъ.** Къ ученію объ ангіомахъ. Труды Общ. патологовъ С.П. Зас. 21.I. X. мед. Ж. 1912. Февраль. — 1912. **Kirmisson.** Des abus et des dangers de la radiumthérapie appliquée à la cure des angiomes. Soc chir. XXXVIII, № 23. p. 872—874. — **Weber, Paget, Ormerod.** см. Virchow. — **Verneuil.** см. Behr и др. - **Rayer.** см. Heller. — **Krilowski.** см. Cristiani. p. 263. —

E. Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки верхнихъ конечностей.

Частота ихъ нахожденія. Диффузныя расширенія артерій и венъ. Простыя гемангіомы: ихъ казуистика. Гемангіомы, расположенныя на большомъ пространствѣ. Каверпозныя гемангіомы: ихъ казуистика. Рацемозныя гемангіомы: ихъ казуистика.

Сосудистыя опухоли верхнихъ и нижнихъ конечностей составляютъ не больше 7% всѣхъ наружныхъ гемангіомъ (табл. VIII, стр. 68).

Гемангіомы верхнихъ конечностей встрѣчаются довольно часто: такъ, напримѣръ, *Kirmisson* (1899) и *Catterina* (1899) считали, что, послѣ головы, покровы верхнихъ конечностей поражаются наиболѣе часто. *Dibbern* (1869) среди 95 человѣкъ, у которыхъ имъ были найдены наружныя гемангіомы, нашелъ четырехъ съ таковыми опухолями верхнихъ конечностей и пять человѣкъ съ гемангіомами нижнихъ.

Stern (1885) собралъ изъ литературы свѣдѣнія о 67 опухоляхъ верхнихъ конечностей, среди которыхъ были двѣ гемангіомы, что соотвѣтствуетъ 3%. По *Friedrich*'у (1907), гемангіомы верхней конечности не особенно рѣдки и локализируются чаще всего въ области кисти и пальцевъ рукъ. Среди 16000 опухолей всего тѣла, собранныхъ *Gurlt*'омъ (1880) —61 находились въ области пальцевъ и кисти рукъ. Среди этихъ 61 опухоли 10, т. е. 16,4%, оказались гемангіомами. *Heller* (1901) изучилъ матеріалъ поликлиники въ Грейфсвальдѣ, гдѣ на 36144 больныхъ у 36 были найдены въ области пальцевъ и кисти рукъ опухоли, которыя въ 5

случаяхъ (13,9%) оказались гемангіомами. По *Müller*'у, среди 1900 больныхъ, посѣтившихъ въ теченіи одного года поликлинику *Bergmann*'а въ Берлинѣ, только у 11 были найдены опухоли пальцевъ и кисти рукъ, при чемъ среди этихъ 11 больныхъ съ гемангіомами не было ни одного случая. *Frank* (1907), въ противоположность вышеприведеннымъ авторамъ (*Friedrich*'у и *Heller*'у) и въ согласіи съ *Müller*'омъ, указываетъ на рѣдкость гемангіомъ пальцевъ.

Въ области верхнихъ конечностей описываются какъ настоящія гемангіомы, такъ и всевозможныя диффузныя расширенія артеріальной и венозной системы. *Bockenheimer* (1908), напримѣръ, среди послѣднихъ различалъ: 1) расширенія артеріальныхъ стволовъ (ангіэктазія по *Israel*'ю 1876 или angioma arteriale racemosum по *Virchow*'у 1863), 2) расширенія только венозныхъ стволовъ (флебэктазія или „genuine diffuse Phlebektasie" *Bockenheimer*'а) и 3) расширенія артерій, капилляровъ и венъ верхней конечности („die diffuse Phlebarteriektasie" по *Weber*'у 1882, *Nicoladoni* 1895 и *Läwen*'у 1903). Въ отличіе отъ настоящихъ гемангіомъ, представляющихся въ видѣ болѣе или менѣе ясно ограниченныхъ опухолей съ опредѣленной локализаціей, эти „эктазіи" всегда являются диффузными и обыкновенно поражаютъ сосуды почти всей конечности.

Простыя гемангіомы покрововъ верхнихъ конечностей встрѣчаются, по *Kirmisson*'у и по *Friedrich*'у, часто. Описываются же онѣ, повидимому, лишь рѣдко. Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ, что указанія на нихъ имѣются въ статьяхъ *Monod* (1873), *Marchetti* (1910) и *Madelaine* (1911).

Monod произвелъ подробное гистологическое изслѣдованіе подкожной опухоли лѣваго предплечья величиною съ миндалину, удаленной у мужчины 21 года. Опухоль впервые была замѣчена за 6 лѣтъ до операціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась простой подкожной отграниченной гемангіомой (haemangioma simplex subcutaneum circumscriptum).

Marchetti описалъ простую гипертрофическую гемангіому верхней конечности. Къ сожалѣнію, его работа осталась для меня недоступной, а подробнаго ея реферата мнѣ не удалось найти.

Наконецъ, *Madelaine* изслѣдовалъ небольшую гемангіому, удаленную у мужчины 35 лѣтъ изъ области ладони. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль была *со всѣхъ сторонъ* окружена эпителіемъ кожи. Только въ одномъ мѣстѣ (при изслѣдованіи серіи

срѣзовъ) было найдено сообщеніе между тканью гемангіомы и подкожной соединительной тканью.

Чаще описываются большія сосудистыя пятна и опухоли, захватывающія или цѣликомъ верхнюю конечность (случаи *Rokitansky* 1855, *Leod* 1888, *Hallopeau и Trastour* 1900, *Leroux и Labbé* 1910, *Seqneira* 1912) или верхнюю конечность съ прилежащими покровами туловища (*Heller* 1898, *Wolff* 1900, *Gasne и Guillain* 1900, *Guillain и Courtellemont* 1904, *Roze* 1904, *Külbs* 1910, *Bonnet* 1911, *Ledermann* 1912 и др.) *Gerhard* (1902) собралъ изъ литературы только 8 такихъ случаевъ, такъ что ихъ слѣдуетъ считать рѣдкими. Микроскопическаго изслѣдованія ни разу, насколько мнѣ извѣстно, не было произведено. Интересно отмѣтить, что почти во всѣхъ случаяхъ, кромѣ сосудистаго пятна, были найдены неправильности роста организма, преимущественно гипертрофическій ростъ костей. Нѣкоторые авторы (*Gasne и Guillain, Guillain и Courtellemont*) указали на сегментарное расположеніе сосудистыхъ пятенъ.

Гораздо чаще описываются *кавернозныя* гемангіомы верхнихъ конечностей. Въ большинствѣ случаевъ микроскопическаго изслѣдованія опухолей не было произведено. Такіе случаи описали слѣдующіе авторы: *Kreysig* 1817, *Alibert* 1817, *Maunoir* 1820, *Lamorier* 1831, *Cruveilhier* 1835, *Pitha* 1847, *Rokitansky* 1855, *Cavasse* 1860, *Richet* 1860, *Schuh* 1867, *Duplay* 1875, *Devilliers* 1876, *Leisrink* 1883, *Köbner* 1883, *Duncan* 1888, *Lichtenstein* 1889, *Coley* 1891, *Billroth* 1891, *Audry* 1892, *Forgue-Gazel* 1893, *Morton* 1894, *Hinker* 1896, *Karewski* 1896, *Abbé* 1897, *Oelwein* 1898, *Hofmokl* 1898, *Broustet* 1900, *Vianay* 1900, *Urraca* 1902, *Hippel* 1903, *Litienfeld* 1903, *Wieczorek* 1905, *Harte* 1906, *Ashhurst* 1907, *Dumitreanu* 1910, *Despard* 1910, *Wharton* 1910, *Tubby* 1910, *Wedl*, *Jacobson*, *Boyer* (годъ опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ) и др.

Микроскопическое изслѣдованіе кавернозныхъ гемангіомъ верхнихъ конечностей произвели, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Esmarch* 1854, *Hanssen* 1863, *Virchow* 1863, *Fayrer* 1865, *Lannelongue* 1881, *Hinterstoisser* 1888, *Hildebrand* 1889, *Polaillon* 1889, *Recklinghausen* 1889, *Hauenschild* 1893, *Сарычевъ* 1894, *Luxardo* 1900, *Germer* 1904, *Дьяконовъ* 1904, *Picchi* 1904, *Tollens* 1905, *Franco* 1906 и *Glaser* 1909.

Esmarch удалилъ въ нѣсколько пріемовъ у дѣвицы 29 лѣтъ многочисленныя кавернозныя гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки, разсѣянныя по всей лѣвой верхней конечности. Всего *Esmarch* насчиталъ 54 опухоли. Первая опухоль была замѣчена на шестомъ году жизни больной въ области тыла руки. Мало по малу появились всѣ остальныя опухоли. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленныхъ опухолей оказалось, что по своему строенію онѣ напоминали таковое пещеристыхъ тѣлъ полового члена. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ были найдены флеболиты. Стѣнки полостей были выстланы однослойнымъ „эпителіемъ" и состояли изъ гладкихъ мышечныхъ и изъ соединительнотканныхъ клѣтокъ. По мнѣнію *Esmarch*'а, эти опухоли сообщались съ венами, изъ стѣнокъ которыхъ онѣ развились... „Sie hängen", пишетъ *Esmarch*, „mit Venen zusammen, in deren Wandungen sie sich entwickeln und mit deren Lumen sie communiciren, wenigstens sobald sie eine gewisse Grösse erreicht haben" [1]).

Опухоль средняго пальца руки, такого же строенія какъ вышеописанная, была, по словамъ *Esmarch*'а, удалена еще *Langenbeck*'омъ въ 1847 г. у пожилого мужчины и тогда же изслѣдована *Esmarch*'омъ.

Hanssen наблюдалъ множественныя сосудистыя опухоли, расположенныя по ходу подкожныхъ венъ праваго предплечья. При микроскопическомъ изслѣдованіи онѣ оказались флебогенными кавернозными гемангіомами. Кромѣ того, въ томъ же случаѣ была найдена большая энхондрома лѣвой лопатки.

Virchow наблюдалъ у мужчины 48 л. множественныя сосудистыя опухоли покрововъ лѣваго предплечья и руки. Величина опухолей была отъ лѣсного до грецкаго орѣха. *Virchow* удалилъ три такія опухоли: одну изъ области предплечья и по одной изъ области тыла и ладони кисти. При микроскопическомъ изслѣдованіи всѣ опухоли оказались кавернозными гемангіомами, расположенными по ходу подкожныхъ венъ, съ которыми онѣ сообщались при помощи мелкихъ отверстій въ стѣнкахъ послѣднихъ. Кромѣ этихъ, отводящихъ, путей, *Virchow* констатировалъ также вхожденіе въ эти кавернозныя опухоли небольшихъ артерій. На основаніи этого наблюденія *Virchow* высказался противъ мнѣнія *Esmarch*'а, причислившаго такія же опухоли къ чисто „венознымъ" ангіомамъ. Самъ *Virchow* также называлъ описанныя имъ гемангіомы флебогенными, но указывалъ на отсутствіе точныхъ данныхъ объ ихъ развитіи, при чемъ считалъ возможнымъ, что онѣ развиваются изъ vasa vasorum.

Fayrer удалилъ сосудистую опухоль величиной съ грецкій орѣхъ изъ области плеча взрослаго индійца. Опухоль состояла изъ сѣти сосудовъ, раздѣленныхъ тонкими соединительнотканными прослойками.

Lannelongue удалилъ у новорожденнаго опухоль, сидѣвшую на ножкѣ, прикрѣпленной къ мизинцу. При микроскопическомъ изслѣдо-

---

1) *Esmarch*. Ueber cavernöse Blutgeschwülste. V. A. 1854. VI. p. 57.

ваніи опухоль оказалась кавернозной гемангіомой съ нѣсколькими кистами.

Hildebrand наблюдалъ у дѣвицы 21 года множественныя сосудистыя опухоли покрововъ лѣвой верхней конечности. Первая опухоль была замѣчена въ области thenar'а когда больной было 3 года. Потомъ постепенно появлялись новыя опухоли, которыя медленно увеличивались. Первоначально онѣ занимали подкожную клѣтчатку, а потомъ постепенно прорастали какъ кожу, такъ и мышцы. Всѣ опухоли были удалены. При микроскопическомъ ихъ изслѣдованіи оказалось, что всѣ онѣ были окружены тонкой соединительнотканной капсулой и имѣли типичное кавернозное строеніе. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ были найдены флеболиты. *Hildebrand* обнаружилъ, что всѣ опухоли находились въ связи съ подкожными венами. По мнѣнію автора, опухоли въ его случаѣ являются опухолевиднымъ превращеніемъ отдѣльныхъ капиллярныхъ участковъ, расположенныхъ между артеріей и веной.

Recklinghausen изслѣдовалъ у 34-лѣтняго мужчины множественныя энхондромы костей верхней конечности и множественныя кавернозныя ангіомы мягкихъ частей той же верхней конечности. Верхняя конечность, вѣсившая 3425 g., была ампутирована. Кромѣ того, у больного были найдены энхондромы и въ другихъ костяхъ, а также сосудистыя опухоли кожи и подкожной клѣтчатки лѣваго плеча, праваго бедра и мошонки. При макроскопическомъ изслѣдованіи удаленной конечности оказалось, что вся соединительная ткань corium'а была замѣщена сосудистыми опухолями. Послѣднія на предплечьи раздвинули сухожилія и проросли до костей. Всѣ опухоли состояли изъ кавернозныхъ полостей, сообщавшихся съ просвѣтомъ венъ. Мѣстами въ полостяхъ опухолей были найдены флеболиты. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что всѣ полости были выстланы однимъ слоемъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Межуточная ткань между полостями представлялась въ видѣ тяжей изъ плотной, бѣдной ядрами, соединительной ткани. Въ послѣдней открывались гладкія мышечныя клѣтки и многочисленныя эластическія волокна. По окружности отдѣльныхъ опухолей *Recklinghausen* нашелъ тонкую соединительнотканную капсулу, въ которой встрѣчались кровеносные капилляры и небольшія артеріи, жировыя клѣтки и канальцы потовыхъ железъ.

Авторъ причислилъ описанныя имъ опухоли къ кавернознымъ, венознымъ, флебогеннымъ ангіомамъ и указалъ на ихъ сходство съ опухолями такого же рода, описанными *Esmarch*'омъ, *Virchow*'ымъ и *Lücke*. По мнѣнію *Recklinghausen*'а, появленіе такихъ ангіомъ указываетъ на *недостаточный ростъ сосудистыхъ стѣнокъ* и является слѣдствіемъ недостаточнаго сопротивленія послѣднихъ кровяному давленію. Благодаря этому *Recklinghausen* причисляетъ эти флебогенныя ангіомы къ пассивнымъ расширеніямъ сосудовъ („passive Dilatationen“).

Polaillon удалилъ у женщины 24 лѣтъ небольшую опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, изъ области thenar'а лѣвой руки. Опухоль впервые была замѣчена за 1/2 года до операціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась типичной кавернозной гемангіомой.

Hauenschild изслѣдовалъ опухоль, удаленную изъ области thenar'а правой руки у 20-лѣтней дѣвицы. Опухоль существовала съ самаго ранняго дѣтства. Ко времени операціи она достигла величины яблока и имѣла шаровидную форму. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль была заложена среди поперечнополосатыхъ мышцъ и большею частью состояла изъ большихъ полостей, выстланныхъ однорядньмъ плоскимъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей были похожи на стѣнки венъ и состояли изъ богатой ядрами соединительной ткани съ многочисленными эластическими волокнами и гладкими мышечными клѣтками. Мѣстами между полостями открывались только тонкія соединительнотканныя перегородки. Въ однѣхъ полостяхъ была видна кровь, въ другихъ—тромбы. Кромѣ того, въ опухоли были найдены большіе артеріальные сосуды, стѣнки которыхъ оказались сильно утолщенными.

Hauenschild діагностицировалъ въ данномъ случаѣ артеріальную рацемозную ангіому. Однако, на основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, мнѣ казалось бы болѣе правильнымъ причислить эту опухоль къ кавернозной формѣ гемангіомъ. Въ пользу этого предположенія говорить ограниченность опухоли, отсутствіе измѣненій въ приводящихъ сосудахъ и большое количество въ ней полостей кавернознаго типа.

Сарычевъ описалъ „артеріальную" сосудистую опухоль, величиной съ куриное яйцо, удаленную у 11-лѣтней дѣвочки изъ области, находящейся на границѣ средней и верхней 1/3 внутренней поверхности праваго предплечья. Опухоль появилась за нѣсколько лѣтъ до операціи и росла медленно. Во время операціи оказалось, что опухоль была разлитая и проросла m. flexor digitorum profundis. Микроскопическое изслѣдованіе было произведено *Мамуровскимъ*. По окружности опухоли была найдена жировая ткань, пронизанная многочисленными артеріями. Центральная часть опухоли состояла изъ пучковъ гладкихъ мышцъ, которые образовали перекладины, выстланныя эндотеліемъ. Щели между перекладинами были наполнены кровью. По *Мамуровскому*, описанная опухоль является кавернозной гемангіомой.

Дьяконовъ во II обзорѣ научной дѣятельности своей клиники описалъ у дѣвочки 1,5 лѣтъ одновременно удаленныя ангіомы щеки и лѣваго локтя (см. стр. 92). Обѣ опухоли впервые были замѣчены вскорѣ послѣ рожденія дѣвочки. Опухоль лѣваго локтя представлялась тогда въ видѣ небольшого сине-багроваго пятна на передней средней его

поверхности. За $1^{1/2}$ года эта опухоль значительно увеличилась и достигла величины 4×3 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что она состояла изъ расширенныхъ кровяныхъ полостей (haemangioma cavernosum). Интересно, что опухоль щеки состояла изъ массы мелкихъ артерій.

Picchi изслѣдовалъ у 70-лѣтняго старика небольшую опухоль (10 mm. × 8 mm.), найденную подъ кожей предплечья и находившуюся въ тѣсномъ соотношеніи со стѣнкой вены. Опухоль существовала уже лѣтъ двадцать и была окружена соединительнотканной капсулой. Опухоль состояла изъ хряща, среди котораго были найдены многочисленные расширенные сосуды. *Picchi* высказалъ предположеніе, что изслѣдованная имъ опухоль является гемангіомой, образовавшейся изъ vasa vasorum подкожной вены, при чемъ соединительная ткань опухоли метаплазировалась въ хрящъ.

Tollens изслѣдовалъ кожную гемангіому области плеча у 4-мѣсячнаго ребенка, лѣченную безуспѣшно по *Payr*'у стрѣлами изъ магнезіи и впослѣдствіи удаленную. Опухоль была типичной кавернозной гемангіомой.

Franco изслѣдовалъ огромную опухоль кисти и пальцевъ правой верхней конечности у новорожденной дѣвочки. Опухоль достигала величины головки новорожденной; размѣры ея были 11 cm. × 9 cm. × 5 cm. Она занимала кисть руки и первые три пальца. На второй день жизни новорожденной была произведена ампутація праваго предплечья. Опухоль исходила изъ подкожной ткани и была окружена тонкой соединительнотканной капсулой. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что она состояла изъ многочисленныхъ кавернозныхъ полостей. Перегородки между полостями состояли изъ волокнистой соединительной ткани, содержавшей незначительное число преимущественно тонкихъ эластическихъ волоконъ и многочисленныя гладкомышечныя клѣтки. Всѣ перегородки были выстланы плоскимъ эндотеліемъ. Полости были наполнены кровью, въ которой количество лейкоцитовъ было увеличенное. Среди послѣднихъ было много эозинофильныхъ лейкоцитовъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ находились тромбы въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Въ двухъ мѣстахъ опухоли были найдены двѣ большія кистовидныя полости, наполненныя кровью.

Franco называетъ описанную имъ опухоль кавернозной гемангіомой и считаетъ, что она явилась послѣдствіемъ прогрессивной эктазіи капиллярныхъ и мельчайшихъ венозныхъ сосудовъ подкожной клѣтчатки. Онъ не отрицаетъ, что и въ его случаѣ количество сосудовъ по сравненію съ нормой было рѣзко увеличено, однако, продолжающихся новообразовательныхъ процессовъ онъ не нашелъ.

Glaser изслѣдовалъ опухоль подкожной клѣтчатки предплечья длиною 9 cm. и шириною 2,5 cm., случайно найденную при вскрытіи

женщины 31 года. Опухоль существовала съ дѣтства и была окружена плотной соединительнотканной капсулой. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что она состоитъ изъ кавернознаго вида полостей, окруженныхъ соединительною тканью, содержавшей довольно много эластическихъ волоконъ. Мѣстами эта ткань была гіалиново перерождена, мѣстами же она подвергалась окостенѣнію. Кромѣ того, въ составъ опухоли входили участки гладко мышечной ткани, находившіеся въ связи со стѣнками сосудовъ.

По мнѣнію *Glaser*'а, изслѣдованная имъ опухоль является кавернозной гемангіомой съ вторичнымъ образованіемъ кости. Произошла же эта опухоль, по *Glaser*'у, изъ неправильно развившагося зародышеваго сосудистаго участка („aus einem versprengten Gefässkeim") [1]).

Работы *Hinterstoisser*'а, *Germer*'а и *Luxardo* остались для меня недоступными какъ въ подлинникахъ, такъ и въ достаточно подробныхъ рефератахъ.

Такимъ образомъ всего у меня имѣлись свѣдѣнія о 15 случаяхъ кавернозныхъ опухолей, изъ которыхъ 8 были найдены у женщинъ и четыре у мужчинъ. Въ трехъ случаяхъ полъ больного не былъ указанъ. Въ 10 случаяхъ опухоли были одиночныя, а въ пяти (случаи *Esmarch*'а, *Hanssen*'а, *Virchow*'а, *Hildebrand*'а и *Recklinghausen*'а)—множественныя. Въ случаѣ *Дьяконова* была найдена одиночная гемангіома верхней конечности и кромѣ того гемангіома кожи щеки.

Въ четырехъ случаяхъ, описанныхъ *Lannelongue*, *Дьяконовымъ*, *Tollens*'омъ и *Franco*, гемангіомы существовали съ рожденія лицъ, страдавшихъ ими; также въ четырехъ случаяхъ (*Hildebrand*'а, *Hauenschild*'а, *Сарычева* и *Glaser*'а) онѣ впервые замѣчены были въ дѣтскомъ возрастѣ. *Esmarch*, *Hauenschild*, *Сарычевъ*, *Franco* и *Glaser* отмѣтили въ описанныхъ ими опухоляхъ наличность гладкихъ мышечныхъ участковъ, при чемъ *Glaser* указалъ, что въ описанной имъ опухоли гладкія мышцы исходили изъ стѣнокъ сосудовъ.

Случаи *Picchi* и *Glaser*'а представляютъ особый интересъ потому, что первымъ найденъ былъ переходъ соединительной ткани гемангіомы въ хрящъ, а вторымъ— окостенѣніе въ стѣнкахъ полостей гемангіомы.

---

[1]) *Glaser*. Kavernöses Angiom des Vorderarms mit Knochenbildung. C. Path. 1909. Bd. 20. p. 632.

Относительно развитія кавернозныхъ гемангіомъ покрововъ верхней конечности были высказаны различные взгляды. По *Esmarch*'у, онѣ произошли изъ стѣнокъ венъ, по *Hildebrand*'у—изъ капилляровъ,по *Franco*—изъ капилляровъ и мельчайшихъ венъ. Наконецъ, *Glaser* объяснялъ появленіе описанной имъ опухоли неправильнымъ развитіемъ опредѣленнаго сосудистаго участка кожи.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что кавернозныя гемангіомы покрововъ верхнихъ конечностей не являются большой рѣдкостью и по своему строенію не отличаются отъ кавернозныхъ гемангіомъ другихъ областей человѣческаго организма.

Рацемозныя артеріальныя гемангіомы верхнихъ конечностей были описаны многими авторами. Такъ, напримѣръ, *Polaillon* (1884) собралъ изъ литературы 26 случаевъ, а *Mink* (1885)— 32. Но *Wagner* (1894) исключилъ изъ этого списка цѣлый рядъ случаевъ, по его мнѣнію, неправильно причисленныхъ къ рацемознымъ гемангіомамъ, и приводитъ всего 16 достовѣрныхъ случаевъ этихъ опухолей.

Къ сожалѣнію, въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ микроскопическое изслѣдованіе опухолей не было произведено. Такіе случаи описали: *Lawrence* 1817, *Breschet* 1833, *Chelius* 1835, *Russel* 1836, *Laurie* 1843, *Stromeyer* 1844, *Nélaton* 1852, *Lloyd* 1853, *Velpeau* 1855, *Letenneur* 1859, *Krause* 1862, *Delore* 1863, *Coeteau-Guérin-Trélat* 1865, *Gherini* 1867, *Demarquay* 1868, *Denucé-Broca* 1869, *Fischer* 1869, *Massart-Terrier* 1872, *Gozzoli* 1875, *Obalinsky-Browicz* 1875, *Nicoladoni* 1875, *Spence* 1875 (два случая), *Tillaux* 1876, *Polaillon* 1878, *Desprès* 1884, *Berger* 1884, *Polaillon* 1884, *Nélaton* 1885, *Mink-Tilanus* 1885 (первый случай), *Knips-Hasse* 1888, *Routier* 1889, *Cahen* 1889, *Bazy* 1889, *Prengrueber* 1889, *Polaillon* 1889, *Péan* 1890, *Helferich* 1891, *Karewski* 1896, *König* 1896 (первый случай), *Engelbrecht* 1897 (третій случай), *Delbet* 1899, *Rouville* 1899, *Соколовъ* 1902, *Desault*, *Cloquet*, *Miller*, *Virchow*, *Guillon* (годъ опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ).

Schüek (1885) исключилъ изъ числа рацемозныхъ гемангіомъ и причислилъ къ ангіэктазіямъ слѣдующіе случаи: *Desprès*, *Berger*, *Obalinsky-Browicz*, *Letenneur*, *Nélaton* (1852),

Stromeyer, *Russel*, *Krause*, *Lawrence*. Случай *Cloquet*, по *Schück*'у, является сомнительнымъ.

Wagner, какъ мною было упомянуто выше, исключилъ, во первыхъ, случаи *Lloyd*'а и *Delore*, которые онъ считалъ настоящими аневризмами; во вторыхъ, случай *Massart-Terrier*, который онъ причислилъ къ простой ангіомѣ; въ третьихъ, случаи *Nélaton*'а (1885), *Krause*, *Obalinski*, *Demarquay* и два случая *Nicoladoni*, которые онъ разсматривалъ какъ артеріально-венозныя аневризмы; въ четвертыхъ, случаи *Letenneur*'а, *Nélaton*'а, *Tillaux* и *Fischer*'а, которые онъ отнесъ къ диффузнымъ флебартеріэктазіямъ и, наконецъ, въ пятыхъ, случаи *Chelius*'а, *Breschet*, оба случая *Spence*, случаи *Polaillon* (1878), *Miller*'а и *Desprès*, которые, по его мнѣнію, не были достаточно подробно описаны, чтобы можно было судить о характерѣ данныхъ патологическихъ процессовъ.

Läwen описалъ собственный случай диффузной флебартеріэктазіи и причислилъ къ такимъ заболѣваніямъ образованія, описанныя *Weber*'омъ, *Letenneur*'омъ, *Fischer*'омъ, *Obalinsky-Browicz*'омъ, *Krause* и *Nicoladoni*. Въ новѣйшее время такіе же случаи описали *Bockenheimer*, *Heyrovsky* (1912) и *Bircher* (1912).

Подробное микроскопическое изслѣдованіе рацемозныхъ артеріальныхъ ангіомъ верхнихъ конечностей произвели, насколько мнѣ извѣстно, *Hoffmann* 1889, *Wagner* 1893, *Hauenschild* 1893, *König* 1896 и *Engelbrecht* 1897.

Hoffmann изслѣдовалъ опухоль руки и пальцевъ, удаленную у женщины 58 лѣтъ. Опухоль впервые появилась въ дѣтствѣ больной послѣ ушиба указательнаго пальца и постепенно увеличивалась. Послѣ ампутаціи предплечья, артеріи и вены его оказались извитыми и расширенными, а въ области ладони былъ найденъ клубокъ изъ артерій и венъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи этого клубка *Hoffmann* обнаружилъ непосредственный переходъ мелкихъ артерій въ такія же вены.

Hoffmann считалъ, что описанная имъ опухоль первоначально представлялась травматической артеріо-венозной аневризмой и что уже послѣдовательно произошло расширеніе и извилистость сосудовъ. Измѣненія со стороны артерій, по *Hoffmann*'у, не поддаются объясненію.

Wagner изслѣдовалъ инъецированный препаратъ праваго указательнаго пальца, экзартикулированнаго у 53-лѣтней женщины въ 1888 г. Утолщеніе праваго указательнаго пальца впервые было замѣ-

чено на 17 году жизни. При экзартикуляціи пальца были перевязаны 15—20 кровоточившихъ сосудовъ. Сосуды пальца были налиты отвердѣвающей массой. При микроскопическомъ изслѣдованіи было найдено значительное увеличеніе числа сосудовъ, представлявшихся артеріальнаго типа. Въ препаратахъ не было найдено ни одной вены. Стѣнки артерій были измѣнены: intima ихъ оказалась сильно разросшейся, мѣстами, въ мелкихъ артеріяхъ, до полнаго закрытія ихъ просвѣта, media нѣсколько гипертрофированной, а adventitia утолщенной и сращенной съ окружающей сосуды соединительной тканью. Въ послѣдней былъ найденъ обильный круглоклѣточный инфильтратъ. Въ кожѣ и подкожномъ слоѣ, въ особенности по окружности потовыхъ железъ, имѣлось значительное разрастаніе расширенныхъ и утолщенныхъ капилляровъ.

Wagner обратилъ вниманіе на прорастаніе нервныхъ оболочекъ новообразованными сосудами—явленіе, которое, по его словамъ, до него никѣмъ еще не было отмѣчено. Онъ описываетъ, что сосудистые узлы проросли внутрь оболочекъ и сдавливали нервы. Рѣзкимъ сдавленіемъ нервовъ *Wagner* объяснялъ какъ сильныя боли, ощущавшіяся больной въ пальцѣ, и изъязвленія послѣдняго (трофическія разстройства), такъ и расширенія сосудовъ пальца и его повышенную температуру (параличъ сосудовъ).

На основаніи изслѣдованія собственнаго случая и литературныхъ данныхъ, *Wagner* соглашается со взглядами, высказанными до него *Heine*, и приходитъ къ заключенію, что артеріальныя рацемозныя гемангіомы несомнѣнно являются истинными новообразованіями. Новообразованіе сосудовъ исходитъ, по *Wagner*'у, изъ предсуществующихъ мельчайшихъ сосудовъ, которые частью превращаются въ сосуды высшаго порядка („welche sich zu Gefässen höherer Ordnung entwickeln") [1]), частью размножаются и образуютъ узлы изъ сосудовъ, которые прорастаютъ потовыя железы, нервы, кости и т. д. Измѣненія со стороны приводящихъ и отводящихъ сосудовъ являются, по *Wagner*'у, или вторичными, обусловленными чисто механическими причинами, или же представляютъ собою процессъ дальнѣйшаго распространенія новообразованія. Однако, *Wagner* не высказался опредѣленно, какой изъ этихъ двухъ процессовъ въ дѣйствительности имѣлъ мѣсто въ описанномъ имъ случаѣ.

---

[1]) *Wagner*. Ueber das arterielle Ranken-Angiom der oberen Extremität. B.B. 1894. XI. p. 74.

Hauenschild описалъ подъ названіемъ angioma arteriale racemosum опухоль въ области thenar'а правой руки у дѣвицы 20 лѣтъ. Однако, на основаніи описанія этого же автора, я причисляю эту опухоль къ кавернознымъ гемангіомамъ (стр. 153).

König демонстрировалъ врожденную артеріальную рацемозную ангіому, развившуюся у женщины 22 лѣтъ на правой верхней конечности. Вторичныя явленія были замѣтны въ сосудахъ всей конечности, вплоть до art. subclavia. Послѣ ампутаціи сосуды были налиты желатиной, окрашенной карминомъ. Оказалось, что въ области I, II, III и IV пальцевъ имѣлась губчатая опухоль. Всѣ приводящіе сосуды этой опухоли оказались рѣзко, но неравномѣрно расширенными. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено, что опухоль состояла изъ большого количества артеріальныхъ, венозныхъ и капиллярныхъ расширенныхъ сосудовъ. Въ межуточной ткани было отмѣчено разрастаніе соединительной ткани, содержавшей очень тоненькіе, не расширенные, новообразованные сосуды. Въ стѣнкѣ приводящей лучевой артеріи была найдена ограниченная гиперплазія мышечнаго слоя.

Engelbrecht подробно изслѣдовалъ два случая артеріальной рацемозной ангіомы верхней конечности.

Первый случай былъ раньше изслѣдованъ и описанъ *König*'омъ (1896) и приведенъ мною выше. Къ сказанному *Engelbrecht* только добавилъ, что число большихъ сосудовъ значительно было увеличено по сравненію съ числомъ капилляровъ.

Второй случай *Engelbrecht* наблюдалъ у 27-лѣтняго мужчины, у котораго была произведена ампутація лѣвой верхней конечности въ области плечевой кости по поводу сосудистой опухоли, находившейся въ области ладони ближе къ ея локтевому краю. Тринадцать лѣтъ до операціи больной впервые замѣтилъ появленіе нѣсколькихъ синеватыхъ пятенъ въ области того же края ладони. Впослѣдствіи появилась пульсація въ рукѣ и въ предплечьи и многократныя изъязвленія въ области опухоли, а ко времени операціи флегмона, распространившаяся по всей конечности.

При микроскопическомъ изслѣдованіи было найдено увеличенное количество всѣхъ сосудовъ, преимущественно средняго и большого калибра. Кромѣ того, были найдены всевозможныя переходныя формы, начиная отъ тоненькихъ капилляровъ и кончая большими артеріями.

По мнѣнію *Engelbrecht*'а, новообразованіе сосудовъ играетъ лишь второстепенную роль въ образованіи рацемозныхъ ангіомъ. Сущность измѣненій въ обоихъ описанныхъ имъ случаяхъ состоитъ, по *Engelbrecht*'у, въ превращеніи мелкихъ

сосудовъ въ большіе („Umwandlung von Gefässen niederer Ordnung in solche höherer Ordnung") [1]). По *Engelbrecht*'у, происходитъ размноженіе эндотеліальныхъ клѣтокъ капилляровъ, благодаря чему ихъ стѣнки утолщаются. Просвѣты капилляровъ при этомъ постепенно расширяются. Затѣмъ происходитъ превращеніе нѣкоторыхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ въ мышечныя, благодаря чему капилляры становятся маленькими артеріями. Благодаря такой „артеріализаціи" капилляровъ, рацемозныя гемангіомы рѣзко отличаются, по *Engelbrecht*'у, отъ простыхъ гемангіомъ. Въ послѣднихъ этому автору никогда не удавалось найти появленія мышечныхъ клѣтокъ въ стѣнкахъ капилляровъ. На основаніи этого *Engelbrecht* считаетъ простыя и рацемозныя гемангіомы совершенно различными образованіями и не считаетъ возможнымъ образованіе вторыхъ изъ первыхъ. Что касается этіологіи рацемозныхъ ангіомъ, то *Engelbrecht* становится на точку зрѣнія, занятую *Cohnheim*'омъ, и предполагаетъ, что онѣ развиваются изъ избыточно заложеннаго въ зародышевомъ періодѣ сосудистаго участка. („Das Angioma arteriale racemosum", пишетъ *Engelbrecht*, „entwickelt sich aus einer fötal angelegten, entweder bei der Geburt bereits eklatanten, oder noch latenten, erst später auftretenden für dasselbe typischen Neubildung von Gefässelementen") [2]). Измѣненія же со стороны приводящихъ артерій и отводящихъ венъ являются, по этому автору, вторичными и обусловлены чисто механически повышеннымъ кровянымъ давленіемъ.

Такимъ образомъ, до настоящаго времени имѣется лишь ничтожное число артеріальныхъ рацемозныхъ гемангіомъ, подвергнутыхъ микроскопическому изслѣдованію. Наиболѣе подробно изучили эти образованія *Wagner* и *Engelbrecht*. Оба автора указали, что главнымъ моментомъ въ образованіи рацемозныхъ гемангіомъ служитъ превращеніе сосудовъ низшаго порядка въ таковые высшаго. *Wagner* кромѣ того наблюдалъ новообразованіе капилляровъ, обладавшихъ инфильтративнымъ ростомъ и прораставшихъ сосѣднія ткани (нервы, мышцы и т. д.) *Engelbrecht* указалъ

---

1) *Engelbrecht.* Angioma arteriale racemosum. A. Chir. 1897. 55. p. 369.

2) *Engelbrecht.* l. c. p. 379.

на то, что простыя и рацемозныя ангіомы представляютъ собою совершенно различныя образованія и что вторыя не являются послѣдней стадіей развитія первыхъ, какъ это думаютъ нѣкоторые авторы.

Резюмируя все вышеизложенное, я долженъ сказать, что въ области покрововъ верхнихъ конечностей наблюдаются чаще всего кавернозныя гемангіомы, локализирующіяся при этомъ больше къ периферическому концу конечностей. Простыя гемангіомы верхней конечности наблюдаются и описываются гораздо рѣже. Что касается рацемозныхъ гемангіомъ, то нужно сказать, что большинство образованій, описанныхъ подъ этимъ названіемъ, являются, по всей вѣроятности, простыми расширеніями предсуществующихъ сосудовъ, т. е. артеріэктазіями и флебэктазіями. Микроскопическія изслѣдованія отдѣльныхъ, немногочисленныхъ случаевъ такихъ „гемангіомъ" являются недостаточными, чтобы окончательно рѣшить вопросъ о природѣ этихъ образованій.

Литература. 1817. **Kreysig**. см. V. p. 364. — 1817. **Lawrence**. Med. Chir. T. IX. см. V. p. 364, Schück, Wagner и др. — 1817. **Alibert**. см. стр. 8. — 1820. **Maunoir**. см. V. p. 355. — 1831. **Lamorier**. см. V. p. 355. — 1833. **Breschet**. см. Wagner. — 1833-42. **Cruveilhier**. Anat. path. II. livre XXX. pl. 5. см. Esmarch, Ashhurst. — 1835. **Chelius**. Arch. méd. IX. см. Wagner. — 1836. **Russel**. Lond. med. Gaz. XVIII. см. Schück, Weber и др. — 1843. **Laurie**. Lond. med. Gaz. см. Schück, V. и др. — 1844. **Stromeyer**. Handb. d. Chir. I. см. Schück. p. 85. — 1847. **Pitha**. Zur Pathol. u. Ther. der Teleangiektasie. Prag. Vierteljahrschr. 1. см. V. p. 363, Esmarch и др. — 1852. **Nélaton**. см. Schück. p. 85. — 1853. **Lloyd**. L. 1. p. 83. см. Wagner. — 1854. **Esmarch**. см. стр. 9. — 1855. **Rokitansky**. Lehrbuch d. pathol. Anatomie. I. p. 207. — 1855. **Velpeau**. G.d.H. № 126. см. Wagner. — 1859. **Letenneur**. G.d.H. см. Schück. p. 82. — 1860. **Cavasse**. Soc. anat. см. V. p. 364. — 1860. **Richet**. Soc. chir. I. II. см. Ellinger. 1864 p. 1, Ashhurst. — 1862. **Krause**. Traumatische Angiektasie des linken Armes. A. Chir. II. см. Schück, Wagner, Läwen. — 1863. **Hanssen**. см. V. p. 363, Recklinghausen. — 1863. **Delore**. Gaz. hebd. X. p. 365. см. Wagner. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9, III. p. 326 и 363. — 1864. **Ellinger**. Ueber Injection von Liq. ferri sesquichlorati in varicöse Venen. V. A. 30. p. 1—13. — 1865. **Fayrer**. см. V. p. 355. — 1865. **Cocteau-Guérin-Trélat**. A. gén. méd. II. p. 669. см. Wagner. — 1867. **Schuh**. Abh. a. d. Geb. d. Chir. u. Operationslehre. см. Ashhurst. — 1867. **Gherini**. Varice anévrysmatique congénitale. G.d.H. 67. см. Schück, Wagner и др. — 1868. **Demarquay**. G.d.H. № 30—

32. см. Schück. p. 70. — 1869. **Dibbern**. см. стр. 77. — 1869. **Denucé-Broca**. Traité des tumeurs. II. p. 188. см. Wagner. — 1872. **Massart**. см. Terrier, Wagner. — 1873. **Monod**. Thèse. см. Mathez. p. 75. — 1875. **Spence**. Med. Tim. and Gaz. II. p. 209. см. Wagner. — 1875. **Obalinsky-Browicz**. Sitzungsber. d. Acad. d. Wiss. Krakau. I. см. Schück и др. — 1875. **Gozzoli**. Etude sur les tumeurs cirsoides de la main. Thèse. Paris. см. Wagner. p. 62. — 1875. **Duplay**. Angiome circonscrit du tissu celluloadipeux de la main droite. A. gén. méd. I. см. Franco. — 1875. **Nicoladoni**. Phlebarteriektasie der rechten oberen Extremität. A. Chir. 18. см. Läwen, Bircher, Fröhlich и др. — 1876. **Israel**. Angiectasie im Stromgebiet der Art. tibial. ant. A. Chir. 21. см. Läwen, Engelbrecht и др. — 1876. **Devilliers**. Soc. anat. 3. III. см. M.B. p. 175. — 1876. **Tillaux**. Soc. chir. III. p. 426. см. Wagner. — 1878. **Polaillon**. Bull. de la Soc. clinique de Paris. II. p. 165. см. Wagner. — 1880. **Fischer**. D.Z. Chir. XII. см. Тиховъ, Läwen. — 1880. **Gurlt**. см. стр. 64. — 1881 **Lannelongue**. Soc. chir. p. 852. см. M.B. p. 176. — 1882. **Weber**. Krankheiten der Haut etc. In Pi. B. II/2. p. 158. — 1883. **Leisrink und Alsberg**. Beiträge zur Chirurgie. A. Chir. 28. p. 748. — 1883. **Köbner**. Multiple Neurome im Bereich des Plexus brachialis sin., cavernöse Angiome, Lymphangiome u. Neurofibrome der linken oberen Extremität. V.A. 93. p. 343—350. — 1884. **Polaillon**. Traitement des tumeurs cirsoïdes de la main. Soc. chir. X. p. 352. см. Michaux in D.R., Wagner, V.I.B. и др. — 1884. **Desprès**. Anévrisme cirsoide des doigts. Soc. chir. 9 и 16. IV. см. V.I.B. 19. — 1884. **Berger**. Пренія. ibidem. — 1885. **Stern**. Ueber das Vorkommen von Geschwülsten an der oberen Extremität u. ihre allgem. chirurg. Behandl. I.D. Würzburg. см. V.I.B. 20. — 1885. **Mink**. Aneurysma cirsoïdeum van de Hand. I.D. Amsterdam. см. Wagner. — 1885. **Nélaton**. Diction. encyclop. IV. p. 119. см. Wagner. — 1885. **Онъ-же**. цит. по Vermont. ibidem. — 1888. **Knips-Hasse**. Das Angioma arteriale racemosum, speciell der oberen Extremitäten. I.D. Erlangen. см. Engelbrecht. Wagner и др. — 1888. **Mc. Leod**. Large venous angioma of arm. Operation, recovery; remarks. L. I. XII. см. V.I.B. 23. — 1888. **Duncan**. см. стр. 103. — 1888. **Hinterstoisser**. см. стр. 147. — 1889. **Hoffmann**. Ueber einen Fall von Aneurysma cirsoideum der Hand. Greifsw. med. Ver. 7. XII. Ip. in D.m.W. XVI. № 10. p. 199—200. — 1889. **Routier**. Sur une observation d'anévrysme cirsoïde de la main. Soc. chir. XV. № 11. p. 779. см. V.I.B. 25/II. p. 400. — 1889. **Lichtenstein**. Ueber diffuse Gefässgeschwülste der oberen Extremität. I.D. Bonn. см. V.I.B. 24. — 1889. **Hildebrand**. Ueber multiple cavernöse Angiome. D.Z. Chir. 30. p. 91—97. — 1889. **Recklinghausen**. Multiple Enchondrome der Knochen in Verbindung mit multiplen phlebogenen cavernösen Angiomen der bedeckenden Weichtheile. V.A. 118. p. 4—19. — 1889. **Polaillon**. Deux variétés d'angiomes de la main. L'Union médicale. XLIV. № 28. см. V.I.B. 25/II. p. 389; Mathez. p. 85. — 1889. **Bazy**. Aneurysme cirsoïde de la main. Soc. chir. см. R. chir. X. p. 161. — 1889. **Prengrueber**. Ibidem. — 1890. **Péan**. La clinique chir. VII. см. Тиховъ. p. 242. — 1891. **Coley**. N.Y. med. J. liv. 229. см. Ashhurst. — 1891. **Billroth**. Дем. in G.A. Wien. 29. V. см. C. Path. p. 508. — 1891. **Helferich**. Ges. Chir. XX. см. Тиховъ. p. 243. — 1892. **Audry**. Arch. prov.

см. Ashhurst. — 1893. **Hauenschild.** см. стр. 78. — 1893. **Forgue.** см. M.B. p. 175. — 1893. **Wagner.** Ueber das arterielle Rankenangiom an der oberen Extremität. I.D. Tübingen.; Тоже. B.B. 1894. Bd. 11 p. 49—64. — 1894. **Morton.** Med. Neuron. см. Frank. p. 22. — 1894. **Mathez.** см. стр. 49. — 1894. **Сарычевъ** О пещеристыхъ опухоляхъ. M.O. XLI. p. 57. — 1896. **Karewski.** Ein Fall. v. Angioma racemosum arteriale. B.kl.W. № 18. см. V.I.B. 31. — 1896. **Hinker.** Ein Fall von multiplen cavernösen Angiomen am rechten Vorderarm und der rechten Hand. I.D. München. см. V.I.B. 31. — 1896. **König.** Über Angioma arteriale racemosum. Berl. med. Ges. 21. X Пр. in D.m.W. № 30. p. 203. — 1897. **Abbé.** A. S. p. 361. см. Ashhurst. — 1897. **Engelbrecht.** Angioma arteriale racemosum. A. Chir. 55. p. 347—385. — 1898. **Heller.** см стр. 147. — 1898. **Oelwein** Angioma cavernosum des rechten Unterarms. Дем. in K.K. Ges. d. Aerzte Wiens. 4. II. см. C. Path. 1899, L.O.E. VI. p. 1002. — 1898. **Hofmokl.** см. ibidem, пренія. — 1899. **Kirmisson.** Maladies des membres. In D.R. VIII. — 1899. **Delbet.** Leçons de clinique chirurgicale. Paris. — 1899. **Catterina.** Contributo allo studio dei tumori vascolari.; Malladie del braccio etc. in Trattato italiano de chir. VI. p. 672. см. Franco. — 1899. **Rouville.** см. V.I.B. 1899, Goering. — 1900. **Vianay.** Sur un cas d'angiome veineux du pli du coude. Gaz. hebd. de méd. et chir. № 67. см. M.B. — 1900. **Luxardo.** Angiomi cavernosi congeniti simmetrici del lato radiale delle mani. Gaz. d. Osped. e d. Clin. см. Franco. — 1900. **Hallopeau et Trastour.** Sur un cas de naevus angiomateux de l'avant-bras avec hypertrophie et hyperkératose. An. derm. p. 632. см. V.I.B. — 1900. **Wolff.** см. стр. 147. — 1900. **Broustet.** Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés et profonds de la paume de la main. Thèse. Bordeaux. см. V.I.B. — 1900. **Gasne et Guillain.** Angiome segmentaire. N. Ic. XIII. № 2. p. 169—172. см. R. neur. p. 841. — 1901. **Heller.** Zur Kenntniss der Fibrome u. Sarkome an Hand u. Fingern. I.D. Leipzig. см. Friedrich. — 1902. **Соколовъ.** Артеріальная ангіома пальца. Вѣстникъ хирургіи. № 13. см. Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ. X. м. Ж. 1911. № 5. — 1902. **Gerhard.** см. Läwen. — 1902. **Urvaca.** Un caso di angioma cavernoso del parpado superior. Medicina y Farmacologia. XI. p. 329. см. C. Path. — 1903. **Läwen.** Ueber die genuine diffuse Phlebarteriektasie an der oberen Extremität. D.Z. Chir. 68. p. 364—390. — 1903. **Hippel.** Enormes cavernöses Angiom des rechten Vorderarms. Naturhist. med. Ver. Heidelberg. 28. IV. Пр. in M.m.W. p. 1052. — 1903. **Lilienfeld.** Ein Fall v. cavernösem Angiom der Finger, durch Alcoholinjectionen geheilt. B.B. 38. p. 486—491. — 1904. **Germer.** Zwei kongenitale Tumoren des Vorderarms. I. D. Greifswald. см. V.I.B. 1906. p. 333. — 1904. **Guillain et Courtellemont.** Un cas de naevus du membre supérieur avec varices et hypertrophie osseuse. Soc. de neur. Paris. 9. VII. Пр. in R. neur. XII. p. 771., A. neur. XVIII. p. 164. — 1904. **Roze.** Un cas de naevus ostéo-hypertrophique. Soc. de neur. Paris. 1. XII. Пр. in R. neur. XII. p. 1251. — 1904. **Дьяконовъ.** см. стр. 96. — 1904. **Picchi.** Di un tumore a forma enchondromatosa sviluppatosi nella parete di una vena. S. 58. p. 287. см. Glaser. — 1905. **Harte.** Пренія. T. of Philad. Acad. of Surg. A. S. 1906. March. p. 454. — 1905. **Wieczorek.** Ein Fall von diffusem Angioma caver-

nosum am Arme. I.D. Leipzig. — 1905. **Tollens.** Zur Behandlung kavernöser Tumoren mit Magnesiumstiften. D.Z. Chir. 77. p. 309. — 1906. **Franco.** Contribution à l'étude des cavernomes congénitaux. A. méd. XVIII. p. 347—360. — 1907. **Friedrich.** Geschwülste an Hand und Fingern. In B.B.M. V. — 1907. **Frank.** Ein Fall von angeborenen Fibromen am Finger nebst Beiträgen zur Kasuistik der Fingertumoren. I.D. München. — 1907. **Ashhurst.** Diffuse cavernous angeioma of the upper extremity. A. S. XLV. № 3. p. 419—426. — 1908. **Bockenheimer.** Über die gemeine diffuse Phlebectasie der oberen Extremität. Sonderabdr. aus d. Rindfleisch-Festschrift. см. J.B. Chir. XIV. p. 1441. — 1909. **Glaser.** см. стр. 147. — 1910. **Dumitreanu.** Ungar. Chirurgenkongress. см. M.Kl. № 40. — 1910. **Külbs.** Demonstr. eines Patienten mit partiellem Riesenwuchs. Ges. d. Charité-Aerzt. 1. XII. Пр. in B.kl.W. 1911. № 3. p. 132. — 1911. **Leroux et Labbé.** Naevus vasculaire plan symmétrique de tout le membre supérieur. Soc. péd. 15. III. Пр. in P.m. № 25. p. 218. — 1910. **Marchetti.** Riforma medica. № 38. см. В.Г. 1911. — 1910. **Despard.** Extensive angioma of the upper extremity. T. of the Philad. Acad. of Surg. 7. III. Пр. in A. S. LII. p. 269. — 1910. **Tubby.** Angioma doloros. Med. Press. 22. VI. p. 675. см. J.B. Chir. XVI. p. 1397. — 1910. **Wharton.** Ibidem. — 1911. **Madelaine.** Petit angiome de la paume de la main. Processus de cicatrisation profonde tendant à l'isoler du tissu cellulaire sous-cutané. Soc. anat. 86. № 4. p. 250—251. — 1911. **Bonnet.** Enorme angiome du thorax et des extrémités supérieures. Lyon médical. p. 971. см. Derm. W. 1912. № 27. p. 869. — 1912. **Bircher.** Genuine Phlebektasie des Armes. A. Chir. 97. p. 1035—1042. — 1812. **Heyrovsky.** Дем. K. K. Ges. d. Ärzte. Wien. 23. II. Пр. in M.Kl. № 9. p. 372. — 1912. **Ledermann.** Дем. Berl. derm. Ges. 18. II. Пр. in Derm. Z. XIX. p. 461. — 1912. **Sequeira.** Proc. of the Royal Soc. of Med. a. Derm. 18. IV. — **Müller.** A. Chir. 63. p. 325, см. Friedrich, Lilienfeld. — **Jacobsohn.** A case of congenital cavern. angeioma of right hand etc. Guys Hosp. Rep. см. Ashhurst. — **Boyer.** см. Mathez. — **Wedl.** см. V. — **Guillon, Desault.** см. Wagner. — **Cloquet, Miller.** см. Schück. — **Virchow.** см. Kirmisson. l. c. p. 709, Delbet и Mocquot. In D.D. XI. p. 346. —

F. Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки нижнихъ конечностей.

Частота ихъ нахожденія. Простыя гемангіомы: ихъ казуистика. Кавернозныя гемангіомы: ихъ казуистика. Артеріальныя рацемозныя гемангіомы: ихъ казуистика.

Наружныя гемангіомы нижнихъ конечностей встрѣчаются, по отзывамъ авторовъ, рѣже, чѣмъ таковыя верхнихъ. Между тѣмъ, *Dibbern* (1869) встрѣтилъ въ области нижнихъ

конечностей пять случаевъ гемангіомъ, а въ области верхнихъ—только четыре.

Большинство авторовъ (*Mauclaire и de Bovis* 1896, *Kirmisson* 1899 и др.) указываетъ, что, въ смыслѣ локализаціи гемангіомъ по областямъ конечностей, въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ наблюдаются обратныя отношенія. Такъ, напримѣръ, гемангіомы верхнихъ конечностей чаще всего наблюдаются въ области кисти пальцевъ рукъ, тогда какъ гемангіомы пальцевъ ногъ, а также гемангіомы самой стопы являются рѣдкими находками („tumeurs tout à fait exceptionnelles", пишетъ *Kirmisson* [1]). Въ области же бедра гемангіомы, по *Hoffa* (1907), встрѣчаются довольно часто („häufig genug" [2]).

Простыя гемангіомы чаще всего описываются въ видѣ сосудистыхъ пятенъ (naevus vasculosus), занимающихъ часто не только большую часть конечности, но и прилежащіе отдѣлы туловища.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Ammon* (годъ опубликованія его работы мнѣ не извѣстенъ), *Walther и Graefe* 1833, *Duzéa* 1885, *Hardie* 1885, *Duncan* 1888, *Winiarski* 1893, *Gaston* 1894, *Leblanc* 1896, *Gaucher и Lacapère* 1902, *Lenormant и Lecène* 1904, *Germer* 1904, *Bachrach* 1909, *Sachs* 1910. Свѣдѣнія о произведенномъ микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей имѣются относительно случаевъ *Gaston* и *Lenormant и Lecène.*

Gaston наблюдалъ у 45-лѣтняго мужчины врожденное диффузное сосудистое пятно, занимавшее всю лѣвую нижнюю конечность, лѣвую половину мошонки и лѣвую анальную область. При микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзанныхъ кусочковъ, сосуды кожи были найдены неизмѣненными. Кромѣ того, у дочери больного были подобныя же измѣненія на рукахъ.

Авторъ высказываетъ предположеніе, что на мѣстѣ пятна сосуды были расширены, благодаря врожденной слабости сосудистыхъ стѣнокъ. Такъ какъ въ данномъ случаѣ наблюдались также припадки гемиплегіи на почвѣ сифилиса, то *Gaston* назвалъ найденныя сосудистыя разстройства pseudo-paralysis generalis syphilitica.

---

[1]) *Kirmisson.* Tumeurs du membre inférieur. In D.R. 1899. VIII. p. 739.

[2]) *Hoffa.* Die Geschwülste des Oberschenkels. In B.B.M. 1907. V. p. 669.

Lecène въ случаѣ, описанномъ *Lenormant и Lecène*, изслѣдовалъ врожденныя множественныя опухоли, удаленныя у мальчика 12 лѣтъ изъ области нижней 1/3 бедра и внутренней стороны голени и стопы. Опухоли находились въ очень увеличенныхъ сосочкахъ кожи и состояли изъ чрезвычайно расширенныхъ и наполненныхъ кровью капилляровъ. Кромѣ того были найдены въ опухоли кубическія и многогранныя клѣтки, впервые описанныя *Unna*. *Lecène* назвалъ изслѣдованную имъ опухоль: naevus angiomateux verruqueux.

Кавернозныя гемангіомы нижнихъ конечностей описываются гораздо чаще. Къ сожалѣнію, въ очень многихъ случаяхъ отсутствуетъ микроскопическое описаніе опухолей.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Bell* 1820, *Bryant* 1850, *Paul* 1854. *Virchow-Meyer* 1863, *Bardeleben* 1863. *Schuh* 1867, *Bourdillat* 1868. *Térillon* 1884, *Horse* 1887, *Schleich* 1891, *Mathez-Tillaux* 1894. *Lannelongue* 1897, *Cathelin* 1900. *Raphaelo* 1902. *Chaput* 1904. *Summers* 1906, *Zweig* 1909, *Rivière и Drouin* 1909, *Kappis* 1910. *Fabry* 1911, *Enderlen* 1911, *Blum*, *Busch*. *Dupuytren*. *Lawrence*, *Legal*, *Nussbaum*, *Weber* (время опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстно).

Слѣдующіе авторы произвели микроскопическое изслѣдованіе кавернозныхъ гемангіомъ нижнихъ конечностей: *Eve* 1887, *Betham* 1890, *Pilzer* 1901. *Heide* 1906, *Chevrier* 1910. *Поздюнинъ-Познанинъ* 1911. *Kyrle* 1911. *Maky* 1912 и *Konjetzny* 1912.

Eve изслѣдовалъ множественныя кавернозныя гемангіомы, расположенныя по ходу большой и малой подкожныхъ венъ (vv. saphenae externa et interna). Опухоли состояли изъ многочисленныхъ кавернознаго типа полостей, которыя могли быть инъецированы изъ упомянутыхъ венъ. Въ полостяхъ опухолей были найдены флеболиты.

Betham изслѣдовалъ небольшую врожденную опухоль, найденную у 8-лѣтняго мальчика подъ кожей правой ноги. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ большихъ полостей, выстланныхъ эндотеліальными клѣтками.

Pilzer описалъ случай множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ подкожной клѣтчатки задней поверхности бедра. У мальчика 14 лѣтъ уже при его рожденіи были замѣчены черныя пятна въ области лѣваго колѣна. На 12-омъ году его жизни появились сильныя боли въ области колѣна и икръ и была произведена какая-то операція, послѣ которой боли исчезли. За 1½ мѣсяца до второй операціи вновь появились боли въ лѣвомъ колѣнѣ. Во время второй операціи были найдены многочисленные узлы ячеистаго строенія, расположенные въ подкожной клѣтчаткѣ бедра и подколѣнной ямки и проросшіе m. biceps femoris, m. adductor magnus и n. cruralis. Опухоль оказалась типичной

кавернозной гемангіомой. При микроскопическомъ изслѣдованіи, *Pilzer* нашелъ кровь какъ въ кавернозныхъ полостяхъ, выстланныхъ эндотеліемъ, такъ и среди тканей. въ видѣ кровоизліяній.

Основываясь на послѣдней находкѣ и на томъ фактѣ, что кровь въ видѣ экстравазатовъ въ кавернозныхъ гемангіомахъ наблюдали также и другіе авторы (*Hildebrand* 1889— въ нѣкоторыхъ участкахъ описанныхъ имъ опухолей, а *Neumann* 1861—во многихъ участкахъ), *Pilzer* всецѣло присоединился къ мнѣнію, высказанному *Lücke* (1869), по которому кавернозныя гемангіомы образуются изъ кровоизліяній. *Pilzer* сдѣлалъ предположеніе, что, благодаря раздраженію со стороны излившейся крови, образующіяся соединительно-тканныя клѣтки превращаются въ стѣнки изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, которыя окружаютъ участки съ кровоизліяніями и образуютъ, такимъ образомъ, постепенно кавернозныя полости. „Ein Cavernom", пишетъ *Pilzer*, „entsteht dadurch, dass primär, nach Ruptur von Gefässen, es zu freien Blutergüssen kommt, und dass secundär von diesem Gewebe, als Reaction auf den Reiz, die dem Hämatom zunächst liegende Bindegewebs-Zellschicht sich in die vielfach besprochene Endothelwand verwandelt, mit dieser den Bluterguss von allen Seiten umgiebt und so eine Caverne bildet" [1]). Причиной образованія кавернозныхъ опухолей является, по *Pilzer*'у, наравнѣ съ кровоизліяніями, также врожденное недостаточное развитіе (гипоплазія) тѣхъ тканей, въ которыя имѣли мѣсто кровоизліянія. При развитіи простыхъ гемангіомъ (телеангіэктазій) имѣется на лицо, по *Pilzer*'у, только врожденная агенезія сосудистаго аппарата, выражающаяся въ ослабленіи стѣнокъ капилляровъ и мельчайшихъ венъ. Такія ослабленныя стѣнки не въ состояніи противостоять даже нормальному кровяному давленію, благодаря чему происходитъ постепенное расширеніе капилляровъ и мельчайшихъ венъ, т. е., по *Pilzer*'у, образованіе телеангіэктазій. Кавернозныя же гемангіомы развиваются, по *Pilzer*'у, изъ телеангіэктазій, въ которыхъ имѣли мѣсто кровоизліянія, при условіи наличности описанной выше тканевой реакціи. Наконецъ, кровяныя кисты образуются, по тому же автору, изъ кавернозныхъ гемангіомъ, въ

---

1) *Pilzer*. Zur Genese des Angioma cavernosum. V. A. 1901 Bd. 165. p. 434.

которыхъ произошли разрывы перегородокъ между полостями отъ сильнаго повышенія кровяного давленія въ послѣднихъ.

Heide наблюдалъ у мальчика 12-ти лѣтъ большую кавернозную гемангіому, занимавшую всю внутреннюю поверхность лѣвой нижней конечности и прилежавшія къ ней области (regg. glutaca, perinealis et pudendalis). Когда мальчику было 9 мѣсяцевъ, впервые были замѣчены три небольшія красныя пятна въ области лѣвой ступни. Постепенно заболѣваніе захватило всю внутреннюю поверхность конечности и сосѣднія съ ней области. Кромѣ того имѣлись отдѣльныя кожныя телеангіэктазіи надъ правой ключицей и въ области праваго плеча.

При микроскопическомъ изслѣдованіи отдѣльныхъ кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ опухоли, было найдено, что она состояла изъ сильно расширенныхъ капилляровъ и изъ большихъ полостей, выстланныхъ эндотеліемъ. Мѣстами же эндотеліальный покровъ полостей отсутствовалъ. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ было обнаружено, что гемангіома мѣстами проросла мышцы. Вмѣсто послѣднихъ были найдены большія полости, окруженныя жировой и соединительной тканью, среди которой открывались немногочисленныя атрофированныя поперечно-полосатыя мышечныя волокна.

Укажу, что *Heide* обращаетъ вниманіе на рѣдкость такихъ большихъ гемангіомъ.

Cherrier удалилъ у женщины 50 лѣтъ небольшую гемангіому ягодичной области, изъ которой происходили иногда обильныя кровотеченія. Опухоль состояла изъ многочисленныхъ небольшихъ полостей, выстланныхъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью. Полости были раздѣлены между собою соединительнотканными перегородками различной толщины. Въ глубинѣ опухоли открывались участки жировой ткани. По мнѣнію автора, въ глубинѣ опухоли происходило жировое превращеніе („transformation lipomatcuse“ [1]) гемангіомы *(?)*. Кромѣ того было найдено прорастаніе эпителія кожи вглубь опухоли.

Поздюнинъ-Познанинъ изслѣдовалъ у 11-лѣтней дѣвочки кавернозныя гемангіомы различныхъ областей кожи, между прочимъ и задней поверхности лѣваго бедра. Описаніе микроскопической картины изслѣдованныхъ имъ опухолей уже приведено мною на стр. 140.

Kyrle демонстрировалъ въ вѣнскомъ дерматолог. общ. 15-лѣтнюю дѣвушку, у которой было найдено слоновое утолщеніе правой голени и стопы. Въ кожѣ тыла пальцевъ стопы открывались многочисленные величиною съ чечевицу, узелки, выступавшіе нѣсколько надъ уровнемъ кожи. При гистологическомъ изслѣдованіи этихъ узловъ, они, оказались венозными гемангіомами („venöse Angiomatose“).

По мнѣнію *Kyrle*, первопричиной развитія сосудистыхъ

---

[1]) *Cherrier*. Angiome de la fesse etc. Soc. anat. 1910. № 5. p. 546.

опухолей слѣдуетъ считать какую-нибудь неправильность при закладкѣ сосудистыхъ зачатковъ.

Maky описалъ случай множественныхъ сосудистыхъ опухолей правой голени и правой ноги у 13-лѣтняго мальчика. Опухоли существовали давно и постепенно увеличивались въ количествѣ и въ объемѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказались смѣшаннаго строенія: angiofibroma cavernosum. Одна опухоль по строенію напоминала angiokeratoma *Mibelli*. Однако, *Maky* пришелъ къ заключенію, что изслѣдованныя имъ опухоли образовались изъ врожденныхъ избыточно заложенныхъ тканевыхъ зачатковъ.

Наконецъ, *Konjetzny* изслѣдовалъ кавернозныя гемангіомы въ двухъ случаяхъ.

Въ первомъ у четырехлѣтняго ребенка была быстро увеличивавшаяся кавернозная гемангіома бедра. На вскрытіи оказалось, что гемангіома проросла всю мускулатуру бедра и даже начала прорастать кость. Кромѣ того были найдены многочисленные „метастазы" гемангіомы въ печени, легкихъ и кишечникѣ.

Во второмъ случаѣ у дѣвочки шести лѣтъ постепенно развилась громадная кавернозная гемангіома, захватившая почти всю лѣвую нижнюю конечность и тазобедренную область. На вскрытіи было найдено что гемангіома проросла m. ileo-psoas и образовала въ области большого таза опухоль, величиною съ кулакъ взрослаго. Кромѣ того были обнаружены многочисленные „метастазы" гемангіомы во внутреннихъ органахъ (въ какихъ именно, авторомъ не указывается).

При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ различныхъ опухолей изъ обоихъ случаевъ, были обнаружены кавернозныя гемангіомы („Angiokavernome"), отличавшіяся значительнымъ инфильтративнымъ ростомъ периферическихъ частей. Въ послѣднихъ были найдены участки изъ веретенообразныхъ клѣтокъ, очень напоминавшихъ саркоматозныя. Въ упомянутыхъ участкахъ эти клѣтки располагались въ видѣ плотныхъ тяжей. Ближе къ центру опухолей, однако, появлялись сперва маленькіе, а затѣмъ болѣе широкіе просвѣты между парными рядами клѣтокъ, а еще ближе къ центру опухолей наблюдалась дифференціація широкихъ, но еще капиллярныхъ, просвѣтовъ въ типичныя кавернозныя полости.

Авторъ отмѣчаетъ однообразіе гистологической картины во всѣхъ ангіомахъ и указываетъ, что онъ описанныя имъ опухоли въ обоихъ случаяхъ считаетъ не множественными первичными, а *метастатическими* ангіомами. Въ подтвержденіе своему взгляду онъ ссылается на *Borrmann*'а 1907, *Weiss*'а 1911 и др., также описавшихъ такія „метастатическія" гемангіомы. По клиническому теченію (быстрый ростъ, появленіе метастазовъ) и гистологической картинѣ (инфильтративный ростъ), опухоли, описанныя *Konjetzny*, несомнѣнно носятъ характеръ злокачественныхъ.

Такимъ образомъ, мною собраны свѣдѣнія о десяти случаяхъ кавернозныхъ гемангіомъ нижнихъ конечностей. Въ четырехъ случаяхъ такія опухоли были найдены у мальчиковъ (8, 12, 13 и 14 лѣтъ), въ четырехъ случаяхъ—у лицъ женскаго пола (11, 15 и 50 лѣтъ), въ одномъ случаѣ (*Konjetzny*) указанъ только возрастъ (4 года) больного, а въ послѣднемъ случаѣ (сл. *Eve*) ни полъ, ни возрастъ больного не были указаны. Въ девяти случаяхъ опухоли были множественныя и только въ одномъ (сл. *Betham*'а) была найдена одиночная кавернозная гемангіома. Въ послѣднемъ случаѣ (сл. *Betham*'а) отмѣчено, что опухоль была врожденная. У нѣкоторыхъ другихъ больныхъ (въ случаяхъ *Pilzer*'а, *Heide*, *Поздюнина-Познанина*) уже вскорѣ послѣ ихъ рожденія были найдены небольшія пятна въ кожѣ, изъ которыхъ постепенно развивались опухоли, занимавшія иногда очень значительныя пространства тѣла (случаи *Pilzer*'а и *Heide*). Отмѣчу, что *Konjetzny* считаетъ описанныя имъ ангіомы метастазами, а не множественными опухолями. Въ случаѣ *Eve* было указано на связь между опухолями и подкожными венами, въ случаяхъ же *Pilzer*'а и *Heide* эта связь предполагалась авторами, но, въ виду значительной величины опухолей, проросшихъ сосѣднія ткани (мышцы), не могла быть точно установлена.

Микроскопическое строеніе опухолей *Pilzer*'а и *Heide* представляетъ особый интересъ, такъ какъ оба названные автора описали полости въ соединительной ткани, наполненныя кровью, но не выстланныя эндотеліемъ. *Pilzer* прямо говоритъ, что найденные имъ участки были похожи на кровоизліянія. Какъ *Pilzer*, такъ и *Heide*, на основаніи указанныхъ находокъ, представили теорію о происхожденіи кавернозныхъ гемангіомъ изъ кровоизліяній. Такія же предположенія были высказаны *Szendrö* 1903 (стр. 105), описавшимъ подкожную опухоль височной области, *Burckhard*'омъ (1894), изслѣдовавшимъ кавернозныя гемангіомы печени и др. Однако, большинство патолого-анатомовъ высказалось противъ теоріи *Pilzer*'а и др. и указало на то, что кровоизліянія, хотя и встрѣчаются часто въ гемангіомахъ, но не имѣютъ никакого значенія въ процессѣ ихъ образованія.

Также не убѣдительными слѣдуетъ назвать объясненія

Chevrier, описавшаго одновременное превращеніе гемангіомы въ жировикъ и прорастаніе той же гемангіомы разрастающимся эпителіемъ кожи. Мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ допустить, что въ глубинѣ подкожной клѣтчатки происходилъ ростъ гемангіомы, благодаря чему нѣкоторыя жировыя клѣтки и группы жировыхъ клѣтокъ на срѣзахъ оказались въ видѣ островковъ жировой ткани среди полостей гемангіомы.

Интересъ представляютъ также наблюденія *Konjetzny*, который констатировалъ въ двухъ случаяхъ несомнѣнный инфильтративный ростъ гемангіомъ и превращеніе капиллярныхъ полостей въ кавернозныя.

Отмѣчу, наконецъ, что *Kyrle* и *Maky* причиной появленія гемангіомъ въ своихъ случаяхъ считаютъ неправильность и избыточность внутриутробной закладки сосудистыхъ зачатковъ.

Артеріальныя рацемозныя гемангіомы нижнихъ конечностей встрѣчаются рѣже, чѣмъ верхнихъ. *Terrier* (1871) собралъ изъ литературы 70 случаевъ такихъ опухолей, изъ нихъ 17 локализировались въ верхнихъ, а 6—въ нижнихъ конечностяхъ. *Wagner* (1894) привелъ только два случая, тогда какъ *Fröhlich* (1902) собралъ изъ литературы десять рацемозныхъ гемангіомъ нижнихъ конечностей.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Siebold* 1807, *Breschet* 1833, *Joseph* 1857, *Adams* 1857, *Baum* 1859, *Poland* 1866, *Gosselin* 1867, *Panas* 1872, *Edmunds* 1885, *Mink* 1885 (второй случай), *Peyrot* 1890, *Le Dentu* 1890, *Billroth* 1891, *Siegmund* 1893, *Fröhlich* 1902, *Wilms*, *Fergusson* и *Smith* (время появленія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстно).

Fröhlich причислилъ къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ нижнихъ конечностей также случаи *Nicoladoni* (1875) и *Israel*'я (1876), описанные послѣдними авторами какъ флебартеріэктазіи. Такая же флебартеріэктазія была описана *Gerster*'омъ (1886). *Schöck* (1885) исключилъ нѣсколько случаевъ изъ данной группы. Такъ, напримѣръ, случай *Breschet* имъ отнесенъ къ истиннымъ аневризмамъ, случай *Siebold*'а къ травматическимъ аневризмамъ, случаи *Adams*'а и *Panas*'а къ диффузнымъ флебартеріэктазіямъ. *Körte*, на-

оборотъ, причислялъ случай *Panas*'а къ артеріальнымъ рацемознымъ гемангіомамъ.

Путаница въ классификаціи и невыясненность сущности интересующаго насъ заболѣванія въ значительной степени зависѣли отъ того, что ни въ одномъ изъ случаевъ рацемозныхъ ангіомъ нижней конечности, изучавшихся выше приведенными авторами, не было произведено микроскопическое изслѣдованіе опухолей.

Изъ изложеннаго выясняется, что съ патолого-анатомической точки зрѣнія простыя и рацемозныя гемангіомы нижнихъ конечностей являются почти не изученными. Болѣе часто изслѣдуются кавернозныя гемангіомы нижнихъ конечностей, хотя въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти только девять авторовъ, представившихъ болѣе или менѣе подробныя описанія изслѣдованныхъ ими опухолей. Сдѣлать какіе либо выводы на основаніи столь скуднаго матеріала является, конечно, невозможнымъ.

Литература. 1807. **Siebold**. Ein Ang. art. racem. am Fuss. Sammlung II. см. Schück, Fröhlich. — 1820. **Bell** см. V. p. 355. — 1833. **Breschet**. см. Schück, Fröhlich. — 1833. **Walther u. Graefe**. см. Schück, — 1850. **Bryant**. см. V. p. 365. — 1854. **Paul**. см. V. p. 365. — 1857. **Joseph**. Schm. Jb. см. Schück. p. 59. — 1857. **Adams**. Med. Times a Gaz. см. Schück. p. 84. — 1859. **Baum**. De laesionibus etc. I.D. Breslau. см. Fröhlich — 1861. **Neumann**. Beitrag zur Lehre von den cavernösen Geschwülsten. V.A. 21. p. 280—284. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1863. **Bardeleben**. см. V. p. 341. — 1866. **Poland**. L. см. Kirmisson. p. 745. — 1867. **Gosselin**. A. gén. méd. X. p. 636. см. Forgue и Reclus. Курсъ хирургической терапіи. I. p. 524. — 1867. **Schuh**. Abhandlungen etc. см. Ashhurst. — 1868. **Bourdillat**. Gaz. hebd. de méd. et chir. см. Kirmisson. p. 744. — 1869. **Lücke**. см. стр. 49. — 1869. **Dibbern**. см. стр. 77. — 1871. **Terrier**. Thèse d'agrégation. см. D.M. 1911. XI. — 1872. **Panas**. G.d.H. № 92. см. Schück, Fröhlich, M.B. и др. — 1875. **Nicoladoni**. см. стр. 162. — 1876. **Israel**. см. стр. 162. — 1880. **Kőrte**. Beitrag zur Lehre v. Ang. art. racem. D.Z. Chir. 13. p. 24. — 1884. **Térillon**. см. Mathez. p. 43, Constantinoff. p. 43. — 1885. **Edmunds**. Case of cirsoid aneurysm on the dorsum of the Foot, with remarks on the disease. Med. chir. T. 68. см. V.I.B.; Fröhlich и др. — 1885. **Schück**. см. стр. 85. — 1885. **Mink** см. стр. 162. — 1885. **Duzéa**. Angiome congénital. G.d.H. № 90. см. V.I.B. 20. — 1885. **Hardie**. Congenital tumors. L. May. см. V.I.B. 20. — 1886. **Gerster**. On spontanaeus Phlebarteriectasis of the Foot. Amer. med. News. March. 20. см. V.I.B. 21. — 1887.

Eve. P.S.L. 4. I. см. Br.m.J. — 1887. **Howse.** Ibidem. — 1888. **Duncan** см. стр. 103. — 1889. **Hildebrand.** см. стр. 162. — 1890. **Le Dentu.** Soc. chir. см. D.M. — 1890. **Peyrot.** Ibidem. — 1890. **Betham Robinson.** Cavernous Angeioma from the Leg. T.P.S.L. 41. см. V.I.B. 25. p. 253. — 1891. **Schleich.** Дем. in Berl. med. Ges. 18. XI. Пр. in D.m.W. № 48. — 1891. **Billroth.** Дем. Ges. d. Aerzte in Wien. 23. X. см. C. Path. 1892. p. 271. — 1893. **Winiarski** Gaz. lek. № 13. см. V.I.B. 28. — 1893. **Siegmund.** см. стр. 85. — 1894. **Wagner.** см. стр. 163. — 1894. **Mathez.** см. стр. 49. — 1894. **Burckhard.** Beitrag zur pathologischen Anatomie des cavernösen Angioms der Leber. I.D. Würzburg. — 1894. **Gaston.** Dilatation vasculaire cutanée généralisée d'origine congénitale et héréditaire; Télangiectasies vaso-motrices. An. derm. p. 212. см. V.I.B. 29. II. p. 670; L.O.E. I/4. p. 509. — 1896. **Leblanc.** Etude sur l'hypertrophie congénitale unilatérale. Thèse. Paris. см. Duplay и Cazin. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1897. **Lannellongue.** см. M.B. p. 173. — 1899. **Kirmisson.** In D.R. VIII. — 1900. **Cathelin.** Angiome kystique souscutané de la face antérieure de la cuisse. Soc. anat. 75. Série VI. T. III. p. 721. см. C. Path. — 1901. **Pilzer.** Zur Genese des Angioma cavernosum. V. A. 165. p. 427—438. — 1902. **Fröhlich.** Ein Fall von Rankenangiom der unteren Extremität. I.D. Breslau. — 1902. **Raphaelo.** Angioma del cavo popliteo. Clinicon modern. 8. см. C. Path. — 1902. **Gaucher et Lacapère.** Naevus vasculaire verruqueux de la fesse en large plaque. Soc. de derm. et syph. mai. см. C. Path. — 1903. **Szendrö.** см. стр. 107. — 1904. **Germer.** Zwei kongenitale Tumoren des Vorderarms. I.D. Greifswald. см. C. Path. — 1904. **Chaput.** Enorme angiome lumbo-abdominal. Soc. chir. № 16. p. 444. — 1904. **Lenormant et Lecène.** Un cas de naevus angiomateux verruqueux diffus du membre inférieur. Soc. anat. № 9. p. 739—741. — 1906. **Summers.** Report of a case of gluteal cavernous angioma. Surg. gyn. and obst. II. № 3. см. C. Path. — 1906. **Heide.** Ein Fall von linksseitigem cavernösem Angiom der Unterextremität, regg. glutaea, perinealis et pudendalis (Elephantiasis teleangiectodes). A. Chir. 80. p. 827—841. — 1906. **Heide.** Et Tilfaelde af diffust kavernöst Angiom etc. Hospitalstidende. XIV № 21. см. C. Chir. — 1907. **Hoffa.** Verletzungen u. Erkrankungen der Hüfte u. des Oberschenkels. In B.B.M. V. — 1907. **Borrmann.** Metastasenbildung bei histologisch gutartigen Geschwülsten. Z. Beitr. 40. p. 372—392. — 1909. **Zweig.** см. стр. 90. — 1909. **Bachrach.** Fall von starker Hämaturie. II. Congr. d. Deutsch. Ges. f. Urologie. см. Derm. C. — 1909. **Rivière et Drouin** Angiome de la plante du pied. J. med. Bordeaux. 50. см. J.B. Chir. XV. p. 1209. — 1910. **Chevrier.** Angiome de la fesse. Transformation lipomateuse. Réaction des téguments. Soc. anat. 27. V. № 5. p. 546—549. — 1910. **Sachs.** Пренія. in Wiener derm. Ges. 9. II. Пр. in W.kl.W. № 27. p. 1019. — 1910. **Kappis.** Angiocavernom des ganzen Beins. Дем. in Mediz. Ges. Kiel. 2. VI. Пр. in B.kl.W. № 36; M.m.W. № 29. — 1911. **Поздюнинъ-Позванинъ** см. стр. 147. — 1911. **Fabry.** см. стр. 89. — 1911. **Kyrle.** Дем. in Wien. derm. Ges. 25. X. Пр. in Derm. Z. p. 1066. — 1911. **Enderlen** Haemangioma cavernosum des Unterschenkels. Дем. in Würzburg. Aerzteabend. 13. XII. Пр. in M.m.W. 1912. № 6. p. 338. — 1911. **Weiss.** Metastasierendes Angiokavernom als Todesursache. M.Kl. № 3. p. 1273. — 1912. **Maky.** Über An-

giofibrom. Japanische Z. f. Dermatol. u. Urologie. 12. H. 2. см. Derm. W. № 27. p. 863. — 1912. **Konjetzny**. см. стр. 96. — **Ammon, Busch, Dupuytren, Lawrence, Nussbaum, Weber**. см. V.—**Blum, Fergusson a. Smith**. см. Kirmisson p. 745. — **Legal**. Kniegelenkskontraktur u. Angiom d. unteren Extremität. D.m.W. 11 **Wilms**. Ein Fall von Ang. art. racem. der Kniescheibe. см. Körte, Fröhlich. —

G. Множественныя гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки.

Ихъ номенклатура. Кавернозныя множественныя гемангіомы Флебогенныя гемангіомы. Множественныя телеангіэктазіи, относительно причины появленія которыхъ литературныхъ указаній не имѣется. Множественныя телеангіэктазіи кожи и слизистыхъ оболочекъ, отличающіяся кровоточивостью. Множественныя гемангіомы и телеангіэктазіи, появленіе которыхъ связано съ заболѣваніями центральной или периферической нервной системы, съ различнаго характера психическими вліяніями, съ различными физическими раздраженіями, а также съ другими разнообразными заболѣваніями всего организма. Старческія ангіомы.

Въ настоящемъ отдѣлѣ мною собраны изъ доступной для меня литературы свѣдѣнія о рядѣ образованій кожи и подкожной клѣтчатки, представляющихся въ видѣ множественныхъ сосудистыхъ пятенъ и опухолей обычно небольшого размѣра. Относительно всѣхъ относящихся сюда образованій имѣются многочисленныя, но почти исключительно клиническія, наблюденія, часто несогласныя другъ съ другомъ. Микроскопическія изслѣдованія упомянутыхъ образованій отсутствуютъ въ подавляющемъ большинствѣ описанныхъ въ литературѣ случаевъ (например, телеангіэктазій), такъ что имѣющіяся свѣдѣнія о нихъ представляютъ преимущественно клиническій интересъ, а ихъ номенклатура и классификація носитъ исключительно клиническій характеръ. Тѣмъ не менѣе мною, для полноты настоящаго литературнаго очерка о гемангіомахъ, вкратцѣ приведены наиболѣе интересныя данныя относительно этихъ множественныхъ ангіомъ и телеангіэктазій.

Названія, подъ которыми эти множественныя опухоли и пятна описываются, самыя различныя. Для примѣра, приведу нѣкоторыя изъ нихъ: multiple cavernöse Angiome, multiple eruptive Angiombildung, angiomatosis miliaris, telean-

giectasia multiplex, teleangiectasia universalis, teleangiectasia bilateralis, téléangiectasie généralisée, naevi capillaires séniles, warzenförmige Angiome, multiple vascular naevi, angioma serpiginosum, systematisierte naevi, naevi vasculaires zoniformes, neuropathische Angiome и т. д. Эти разнообразныя названія, несомнѣнно, указываютъ на существованіе цѣлаго ряда различныхъ по строенію множественныхъ сосудистыхъ пятенъ и опухолей, находимыхъ въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ. Отмѣчу тутъ-же, что множественныя рацемозныя ангіомы до сихъ поръ еще никѣмъ не были описаны.

Для удобства изложенія весь литературный матеріалъ настоящаго отдѣла мною раздѣленъ на два подотдѣла: на множественныя кавернозныя гемангіомы и на другого характера множественныя сосудистыя пятна (телеангіэктазіи). Къ послѣднимъ мною причислены и старческія гемангіомы.

а) Множественныя кавернозныя гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки.

Наиболѣе достовѣрны наши свѣдѣнія относительно множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ кожи, которыя наблюдаются, повидимому, не особенно часто. *Krenn* (1891), напримѣръ, на 63 случая гемангіомъ у дѣтей нашелъ множественныя гемангіомы только въ трехъ случаяхъ, при чемъ въ двухъ изъ нихъ были найдены по двѣ опухоли, а въ одномъ—пять. О нѣкоторыхъ изъ относящихся сюда случаяхъ мною приведены болѣе или менѣе подробныя свѣдѣнія въ другихъ отдѣлахъ настоящей главы, почему я и ограничусь приведеніемъ лишь фамилій авторовъ, описавшихъ эти случаи, и ссылкой на соотвѣтствующія страницы настоящей работы. Такіе случаи описали: *Esmarch* 1854 (стр. 151), *Hanssen* 1863 (стр. 151), *Virchow* 1863 (стр. 151), *Eve* 1887 (стр. 166), *Hildebrand* 1889 (стр. 152), *Recklinghausen* 1889 (стр. 152), *Pilzer* 1901 (стр. 166), *Trappe* 1907 (стр. 139), *Поздюнинъ-Познанинъ* 1911 (стр. 140, 141, 168), *Kyrle* 1911 (стр. 168) и *Maky* 1912 (стр. 169).

Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Кромѣ того, описали множественныя кавернозныя ге-

мангіомы покрововъ тѣла слѣдующіе авторы: *Andral* 1829, *Cruveilhier* 1835—1842 (два случая), *Pitha* 1847, *Vidal de Cassis* 1855, *Schuh* 1861, *Porta* 1861, (двадцать два случая), *Köbner* 1883, *Fordyce* 1890, *Krenn* 1891 (три случая), *Boulai* 1894, *Becker* 1895, *Ullmann* 1896, *Smith* 1898, *Брюхановъ* 1899, *Torri* 1901, *Chaput* 1904, *Дьяконовъ* 1904, *Weiss-Eder* 1908, *Свѣчниковъ* 1908, *Peterssen* 1910, *Leiner* 1910, *Weiss* 1911, *Massey*, *Wedl*, *Gautier*, *Boyer* (годъ опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ) и др.

Микроскопическія изслѣдованія описанныхъ ими опухолей произвели, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Becker* 1895, *Ullmann* 1899, *Брюхановъ* 1899, *Torri* 1904, *Свѣчниковъ* 1908 и *Weiss* 1911.

Becker наблюдалъ у мужчины 59 лѣтъ множественныя опухоли различнаго гистологическаго строенія (стр. 134), въ томъ числѣ множественныя кавернозныя гемангіомы кожи лѣвой щеки и правой стороны шеи. Величина опухолей была отъ булавочной головки до горошины.

По наблюденіямъ *Ullmann*'а, у женщины 40 лѣтъ, до того часто страдавшей рожей, многократно появлялись въ кожѣ лица, шеи и затылка множественныя небольшія опухоли, иногда кровоточившія. Во время менструаціи и послѣ употребленія спиртныхъ напитковъ онѣ набухали. При микроскопическомъ изслѣдованіи нѣкоторыхъ такихъ опухолей, *Ullmann* нашелъ строеніе кавернозныхъ гемангіомъ: кавернозныя полости, выстланныя однослойнымъ эндотеліемъ и наполненныя кровью. Капсулы по окружности опухолей не было. Въ теченіи 6 лѣтъ появлялись все новые узелки, расположенные частью въ подкожной клѣтчаткѣ, частью подъ поверхностной фасціей. Нѣкоторыя опухоли достигали величины отъ грецкаго до лѣсного орѣха. При микроскопическомъ изслѣдованіи вновь появившіеся узелки также оказались типичными кавернозными гемангіомами. При вскрытіи трупа этой больной, умершей отъ воспаленія легкихъ, кромѣ множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ кожи, были найдены такія же гемангіомы подъ брюшиной, у основанія языка, у входа въ гортань, подъ слизистой прямой кишки и въ печени, а также многочисленныя большія эктазіи венъ. По *Ullmann*'у, гемангіомы въ его случаѣ произошли изъ венъ, благодаря ихъ расширенію и особой наклонности стѣнокъ венъ къ образованію сосудистыхъ опухолей („Ausdruck einer auf die Gefässwand des venösen Systems beschränkten Neigung zur Neoplasie, zur Cavernombildung“ [1]). *Ullmann* считалъ, что такія своеобразныя опухоли

[1]) *Ullmann*. Demonstration eines Falles von multiplem eruptivem Hautangiom. K. K. Ges. d. Aerzte. Wien. 10. III. 1899. Ир. in W. kl. W. 189 № 1 p. 301.

ему удалось наблюдать первому. Добавлю, что *Herxheimer и Loetsch* (1899), анализируя приведенный случай *Ullmann*'а, причислили его къ фиссуральнымъ кавернознымъ ангіомамъ.

Оригиналы работъ *Брюханова* и *Torri* мнѣ не были доступны. Первый авторъ описалъ множественныя кавернозныя гемангіомы кожи и внутреннихъ органовъ у ребенка (см. главу X), второй множественныя гемангіомы кожи и множественныя энхондромы у одного и того же больного.

Сѣчниковъ описалъ у мальчика 13 лѣтъ множественныя (около 50) кавернозныя гемангіомы кожи всего туловища, конечностей, шеи и головы. Величина этихъ опухолей была различная: отъ горошины до куринаго яйца. Кромѣ того, при вскрытіи, у того же мальчика были найдены множественныя кавернозныя гемангіомы слизистыхъ оболочекъ и внутреннихъ органовъ (см. главу X).

Наконецъ, *Weiss* наблюдалъ у ребенка мужскаго пола, родившагося за 4—6 недѣль до срока, многочисленныя небольшія опухоли кожи различныхъ областей тѣла. Кромѣ того, наблюдался парезъ n. facialis dextr. и отсутствіе одного пальца на правой рукѣ. На 6-ой недѣлѣ жизни большая часть кожи ребенка внезапно („über Nacht") покрылась многочисленными мельчайшими кровоточившими узелками, которые постепенно увеличивались до величины горошины. Черезъ 4 недѣли всѣ узелки исчезли, но быстро стали увеличиваться врожденныя небольшія опухоли и появились двѣ новыя большія опухоли кожи въ области крестца и праваго локтя. На вскрытіи умершаго ребенка во внутреннихъ органахъ опухолей не было найдено. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Chiari*) кусочковъ опухолей была найдена картина „ангіокаверномы" („tumor cavernosus"). По *Weiss*'у, маленькіе узелки также были ангіокаверномами. *Weiss* причисляетъ описанныя имъ опухоли къ врожденнымъ порокамъ развитія, при чемъ внезапно появившіеся узелки считаетъ метастазами первичной доброкачественной кавернозной гемангіомы спины. „Also ausgedehnte Metastasierung", пишетъ *Weiss*, „eines sonst gutartigen Kavernoms" [1]). Аналогичными своему случаю *Weiss* считаетъ случаи *Ullmann*'а, *Kopp*'а (1897) и *Borrmann*'а (1907).

Особый интересъ представляютъ такъ называемыя *флебогенныя* ангіомы, описанныя *Andral*'емъ, *Cruveilhier*, *Schuh*, *Pitha*, *Wedl*'емъ, *Esmarch*'омъ, *Hanssen*'омъ, *Virchow*'ымъ, *Hildebrand*'омъ, *Recklinghausen*'омъ и *Ullmann*'омъ. Въ большинствѣ случаевъ опухоли располагались по ходу подкожныхъ венъ верхнихъ конечностей, при чемъ число найденныхъ опухолей иногда было очень значительное. Такъ, напримѣръ,

---

[1]) *Weiss*. Metastasierendes Angiokavernom als Todesursache. M. Kl. 1911. № 33. p. 1273.

Esmarch у одного больного насчиталъ около 50 опухолей, а *Schuh*—свыше ста. Всѣми перечисленными мною выше авторами была установлена несомнѣнная связь описанныхъ ими опухолей со стѣнками подкожныхъ венъ. Большинство авторовъ, на основаніи этой связи, высказало предположеніе, что всѣ описанныя ими флебогенныя ангіомы дѣйствительно развились изъ венъ. *Ullmann*, какъ мною было приведено, допускаетъ даже наличность особой наклонности стѣнокъ венъ къ образованію подобныхъ опухолей. *Virchow* съ приведеннымъ взглядомъ большинства авторовъ не согласился: онъ нашелъ, что изслѣдованныя имъ опухоли сообщались также и съ артеріями. Однако, и онъ не отрицалъ близости всѣхъ изслѣдованныхъ имъ опухолей къ подкожнымъ венамъ и выразилъ даже предположеніе о происхожденіи „флебогенныхъ“ ангіомъ изъ vasa vasorum этихъ венъ.

Какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ, вопросъ о сущности „флебогенныхъ“ ангіомъ остался и до настоящаго времени неразрѣшеннымъ. Существеннымъ отличіемъ ихъ отъ остальныхъ кавернозныхъ гемангіомъ является ихъ множественность и непремѣнная локализація по ходу подкожныхъ венъ, съ просвѣтомъ которыхъ онѣ, повидимому, всегда сообщаются. Однако, и эти отличія не всегда постоянны: встрѣчаются какъ множественныя, но не флебогенныя кавернозныя гемангіомы, такъ и флебогенныя кавернозныя гемангіомы, но съ локализаціей не вдоль подкожныхъ венъ (напримѣръ, въ случаѣ *Ullmann*'а во внутреннихъ органахъ).

Значительный интересъ представляетъ также одновременное нахожденіе у одного и того же больного множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ кожи и энхондромъ (*Hanssen*, *Recklinghausen*, *Torri* и др.). По *Torri*, такая комбинація описана до 1901 г. въ шести случаяхъ и получается благодаря неправильности развитія мезенхимы.

Литература. 1829. **Andral.** Précis d'anatomie path. II. см. V. p. 326. — 1833-42. **Cruveilhier.** Atlas. см. V. p. 363. — 1847. **Pitha.** см. стр. 161; V. p. 363. — 1854. **Esmarch.** см. стр. 9. — 1855. **Vidal de Cassis.** Traité de path. ext. см. Mathez. p. 26. — 1861. **Schuh.** W.m.W. № 48. см. V. p. 363. — 1861. **Porta.** см. стр. 77. — 1863. **Hanssen.** Zeitschr. f. ration. Med. см. V. p. 363, Recklinghausen. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1883.

Köbner. см. стр. 162. 1887. **Eve.** см. стр. 173. — 1889. **Hildebrand.** см. стр. 162. — 1889. **Recklinghausen.** см. стр. 162. — 1890. **Fordyce.** Multiple cavernous tumors in child. J. cutan. genito-urin. dis. N.Y. VIII. p. 216. см. V.I.B. — 1891. **Krenn.** Zur Casuistik der Hämangiome. Pr. m. W. XVI. № 12. p. 135. см. C. Path. p. 603. — 1894. **Boulai.** Angiomes veineux multiples. Soc. anat. LXIX. p. 290. см. C.Path. — 1895. **Becker.** см. стр. 136. — 1896. **Ullmann.** Ueber einen Fall von multipler eruptiver Angiombildung im Gesicht. A. Derm. XXXV. p. 195. см. V.I.B. 31, L.O.E. IV. p. 801 и др. — 1897. **Kopp.** Ueber einen Fall von multipler Angiombildung. A. Derm. 38. p. 69. см. C. Path. 1898. p. 546; V.I.B. 32; L.O.E. IV. p. 802; Weiss. — 1898. **Smith.** Multiple venous angeiomata. Med. Soc. of London. см. Br.m.J. — 1899. **Ullmann.** Demonstr. eines Falles v. multiplem eruptivem Hautangiom. G.A. Wien. 10. IV. Пр. in W. kl. W. № 11. p. 301. — 1899. **Herxheimer Loetsch.** Neoplasmen der Haut. L.O.E. IV. — 1900. **Ullmann.** Ueber einen Fall von: „Angiomatosis". Festschrift für Kaposi. Wien. см. C.Path. — 1901. **Pilzer.** см. стр. 173. — 1901. **Torri.** Angiomi ed encondromi multipli nello stesso individuo. Clinica chirurgica. № 2. см. C. Chir. 1902. p. 1329. — 1904. **Дьяконовъ.** p. 894. см. стр. 96. — 1904. **Chaput.** см. стр. 173. — 1907. **Trappe.** см. стр. 147. — 1907. **Borrmann.** см. стр. 173. — 1908. **Свѣчниковъ.** Къ вопросу о возникновенiи и ростѣ множественныхъ кавернозныхъ ангiомъ. Отд. оттискъ изъ Р.Х.А. кн. 1. — 1908. **Weiss-Eder.** Angeborenes Vitium cordis u. multiple Hämangiome. Ges. f. innere Med. u. Pädiatrie. Wien. 21. V. In Monatschr. f. Kinderheilkunde. 1909. № 10. p. 646. см. J.B. Chir. XV. p. 1479. — 1910. **Petersen.** Ein Fall von angeborenem, multiplem Kavernom. I. D. Giessen. — 1910. **Leiner.** см. стр. 107. — 1911. **Поздюнинъ-Познанинъ.** см. стр. 147. — 1911. **Weiss.** см. стр. 173. — 1911. **Kyrle.** см. стр. 173. — 1912. **Maky.** см. стр. 173. — **Massey, Wedl.** см. V. p. 363. — **Gautier, Boyer.** см. Mathez. p. 26. —

---

b) Множественныя сосудистыя пятна (телеангiэктазiи) кожи и подкожной клѣтчатки.

1. Множественныя телеангiэктазiи кожи, относительно причинъ появленiя которыхъ авторы не пришли къ опредѣленнымъ заключенiямъ. Такiя телеангiэктазiи описали слѣдующiе авторы: *Mandelbaum* 1882, *Léri и Lenoble* 1896, *Kopp* 1897, *Brocq* 1897, *Blaschko* 1898 и 1899, *Михайловъ* 1899, *Post* 1903, *Philipps* 1908, *Steiner и Voerner* 1909, *Schamberg* 1909, *Bunch* 1911, *Ernst* 1912, *Pollitzer* и др. Нѣкоторые изъ перечисленныхъ авторовъ (*Blaschko. Kopp*, *Steiner и Voerner* и др.) указали на внезапное, а также на повторное появленiе описанныхъ ими телеангiэктазiй („eruptive Angiombildung"). Такую же внезапность и многократность ангiоматозныхъ узловъ кожи наблюдали также *Ullmann* (стр. 176) и *Weiss* (стр. 177).

Изъ приведенныхъ выше авторовъ, насколько мнѣ извѣстно, произвели микроскопическое изслѣдованіе множественныхъ телеангіэктазій кожи слѣдующія лица: *Mandelbaum*, *Михайловъ*, *Pollitzer*, *Steiner* и *Voerner* и *Ernst*.

Въ случаѣ *Mandelbaum*'а кожа всего тѣла мужчины 38 лѣтъ была усѣяна красными узелками, величиной отъ булавочной головки до чечевичнаго зерна. При микроскопическомъ изслѣдованіи нѣкоторыхъ изъ удаленныхъ узелковъ было найдено обильное новообразованіе сосудовъ въ соединительной ткани. Діагнозъ: ангіома *(?)*.

Михайловъ сообщилъ случай множественныхъ врожденныхъ кавернозныхъ гемангіомъ внутреннихъ органовъ и множественныхъ врожденныхъ наружныхъ простыхъ гиперпластическихъ ангіомъ у дѣвочки, умершей трехъ мѣсяцевъ отъ роду. Авторъ не приводитъ подробнаго описанія микроскопической картины изслѣдованныхъ имъ опухолей.

Steiner и *Voerner* нашли у мужчины 28 лѣтъ множественные узелки, величиною съ булавочную головку, разсѣянные въ значительномъ количествѣ въ кожѣ всего тѣла. Для гистологическаго изслѣдованія было удалено изъ верхней конечности и изъ ягодицъ нѣсколько кусочковъ кожи съ опухолями. Измѣненія были найдены только въ самомъ поверхностномъ слоѣ кожи и состояли въ расширеніи капилляровъ сосочковъ. Эти расширенія мѣстами выступали постепенно, мѣстами же внезапно. Кромѣ того въ нѣкоторыхъ участкахъ кожи были найдены во множествѣ запустѣвшіе сосуды.

По *Steiner*'у и *Voerner*'у, описанныя ими образованія отличаются отъ обыкновенныхъ телеангіэктазій постоянной смѣной то появляющихся, то запустѣвающихъ расширенныхъ капиллярныхъ сосудовъ. Такое повторное высыпаніе ангіоматозныхъ узелковъ, которое упомянутые авторы называютъ angiomatosis miliaris, является, по ихъ мнѣнію, симптомомъ какого то имъ неизвѣстнаго заболѣванія не одной кожи, но и всего организма.

Ernst описалъ у $2^1/_2$-мѣсячной дѣвочки множественныя врожденныя красныя пятна кожи лица, волосистой части головы, подошвы и слизистой десенъ, впервые появившіяся на 16 днѣ жизни. На третьей недѣлѣ жизни такихъ пятенъ было 50, а на десятой недѣлѣ 85. Величина пятенъ была не больше горошины. При микроскопическомъ изслѣдованіи кожныя пятна представляли строеніе телеангіэктазій, а мѣстами гипертрофическихъ ангіомъ. Кромѣ того на вскрытіи были найдены сосудистыя опухоли и во внутреннихъ органахъ (въ печени и въ селезенкѣ).

Pollitzer установилъ, что у его больного опухоли были простыми телеангіэктазіями (простые naevi vasculares). Атласъ *Pollitzer*'а, въ которомъ помѣщенъ этотъ случай, мнѣ, къ сожалѣнію, не былъ доступенъ.

Такимъ образомъ оказывается, что въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ встрѣчаются множественныя простыя гемангіомы, при чемъ въ однихъ случаяхъ (*Mandelbaum*, *Steiner* и *Voerner* и др.) заболѣваніе ограничивается кожей, а въ другихъ (*Михайловъ*, *Ernst*) оказываются пораженными и внутренніе органы.

Литература. 1882. **Mandelbaum**. Fall von äusserst zahlreichen Telangiectasien der sämmtlichen Haut. Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. p. 213. см. V. I. B. 17. — 1896. **Lévi et Lenoble**. Un cas de télangiectasie généralisée. P. m. p. 310. см. C.Path. — 1897. **Kopp**. см. стр. 179. — 1897. **Brocq**. Un cas de télangiectasies en plaques multiples. An. derm. p. 41. см. C.Path. — 1898. **Blaschko**. Berl. derm. Ges. 4. I. см. Steiner и Voerner. p. 107. — 1899. **Blaschko**. Berl. derm. Ges. 7. IV. см. ibidem.— 1899. **Михайловъ**. Дем. Общ. дѣтскихъ врачей въ Москвѣ. 15. XII. Пр. in B. 1900. № 7. p. 219. — 1903. **Post**. Multiple angiomata. J. of. cutan. dis. 21. Nov. см. C. Chir. 1904. p. 688. — 1908. **Philipps**. Case of multiple teleangiectases. Royal Soc. of Med. 10 I. Пр. in Br.m.J. 18. I и L. I. p. 160. — 1909. **Steiner u. Voerner**. Angiomatosis miliaris. „Eine idiopathische Gefässerkrankung“. Deutsch. A. f. klin. Med. 96. p. 105—116. — 1909. **Schamberg**. A case of multiple vascular naevi. Philad. derm. Soc. 15. II. J. of. cut. dis. June. p. 262. см. C.Path. — 1911. **Bunch**. Multiple angiomata. Proc. of Royal Soc. Derm. 16. XI. Vol. V. № 2. см. Derm. Z. 1912. XIX. p. 283. — 1912. **Ernst**. Angiomatosis der Haut, Leber und Milz. P.G. XV. Strassburg. p. 232—234 и авторефератъ in C. Path. № 10. p. 453. — **Pollitzer**. см. Steiner и Voerner. —

---

2. Множественныя телеангіэктазіи кожи и подкожной клѣтчатки, отличающіяся кровоточивостью. Такія телеангіэктазіи, появляющіяся преимущественно у взрослыхъ въ кожѣ и въ слизистыхъ оболочкахъ (носа, рта и т. д.), описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Legg* 1876, *Chiari* 1887, *Marschall* 1893, *Rendu* 1896, *Chauffard* 1896, *Osler* 1901, *Joseph* 1904, *Kelly* 1906, *Hawthorne* 1906, *Weber* 1907, *Osler* 1907, *Bligh* 1907, *Ballantyne* 1908, *Weber* 1908, *Sidney Philipps* 1908, *Fox* 1908, *Kofler* 1908, *Hanes* 1909, *Laffont* 1909.

Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ наблюдались, наряду съ кровотеченіями изъ опухолей кожи, преимущественно носовыя кровотеченія. Опухоли почти всегда были на-

слѣдственными или наблюдались у близкихъ родственниковъ, напримѣръ, въ случаяхъ *Chiari* у двухъ сестеръ, въ случаяхъ *Osler*'а у двухъ братьевъ, въ случаяхъ же *Weber*'а у восьми членовъ одной и той же семьи. Носовыя кровотеченія въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались въ молодомъ возрастѣ, но въ большинствѣ случаевъ какъ кровотеченія, такъ и появленіе опухолей наблюдались послѣ достиженія больными сорокалѣтняго возраста, почему эти опухоли и были причислены нѣкоторыми авторами къ „старческимъ" ангіомамъ. Микроскопическихъ изслѣдованій опухолей перечисленными авторами, за исключеніемъ *Hanes*'а, не производилось, почему гистологическая ихъ картина остается невыясненною. *Rendu* считалъ, что описанныя имъ опухоли представляли собою расширенія поверхностныхъ сосудовъ кожи: „de véritables angiomes cutanés", пишетъ этотъ авторъ, „produits par une dilatation des vaisseaux superficiels de la peau" [1]). Повидимому, одинъ только *Hanes*, какъ уже упомянуто, изслѣдовалъ микроскопически опухоли описаннаго имъ случая. Эти опухоли оказались телеангіэктазіями. Относительно причинъ появленія этихъ „кровоточивыхъ" гемангіомъ авторы не высказываются и ограничиваются указаніемъ на наслѣдственный характеръ этого заболѣванія. *Walter Parker* высказалъ предположеніе, что множественныя телеангіэктазіи кожи и слизистыхъ оболочекъ такого же происхожденія, какъ геморроидальныя шишки или варикозныя расширенія венъ нижнихъ конечностей, такъ какъ послѣднія заболѣванія также представляются наслѣдственными. Отмѣчу, что въ упомянутыхъ мною выше (стр. 176, 177 и 180) случаяхъ *Ullmann*'а, *Steiner*'а и *Voerner*'а и *Weiss*'а также наблюдались довольно значительныя кровотеченія изъ сосудистыхъ опухолей кожи.

Литература. 1876. **Legg**. A case of haemophilia complicated with multiple naevi. Royal med. chir. Soc. 12. XII. L. 16. XII. p. 856. см. статью анонимн. авт. p. 6. — 1887. **Chiari**. Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals-u. Nasenkrankheiten. см. Weber. — 1893. **Marschall**. On a case of multiple vascular naevi, with subsequent disappearance of many of them.

---

[1]) Цит. по статьѣ *анонимнаго* автора: Un syndrome familial peu connu: télangiectasies multiples avec hémorrhagies à répétition. S. M. 1908. № 1. p. 6.

Glasgow med. J. Febr. см. V.I.B. 28 — 1896. **Ullmann.** см. стр. 179. — 1896. **Rendu.** Epistaxis répétée chez un sujet porteur de petits angiomes cutanés et muqueux. Soc. méd. 29 VIII.; S.M. p. 433.; см. статью анонимн. авт. p. 6. — 1896. **Chauffard.** Hémophilie avec stigmates télangiectasiques. Soc. méd. 10. IV. S.M. p. 154. см. статью анонимн. авт. p. 5. — 1901. **Osler.** On a family form of recurring epistaxis associated with multiple telangiectasis of the skin and mucous membranes. Johns H.H. Bull. p. 333. см. An. derm. 1902. III. № 6. p. 649. — 1904. **Joseph.** Gutartige Neubildungen der Haut in Mracek's Handbuch. см. Steiner и Voerner. — 1906. **Kelly.** Multiple telangiectases of the skin and mucous membranes of the nose and mouth. Glasgow med. J. Juni. см. C. Chir. p. 884. — 1906. **Hawthorne.** Recurring epistaxis with multiple telangiectases of the skin. L. 13. I. — 1907. **Osler.** On multiple hereditary telangiectasis with recurring haemorrhages. Quarterly J. of med. Oct. № 1. p. 53. см. C. Path. и статью анонимн. авт. p. 7. — 1907. **Weber.** Multiple hereditary developmental angiomata (telangiectases) of the skin and mucous membranes associated with recurring haemorrhages. L. July. 20. p. 160—162. — 1907. **Bligh.** Note on a case of bleeding telangiectasis. L. 23 II. p. 506. — 1908. **Ballantyne.** Multiple telangiectases: three cases in one family. Glasgow med. J. Octob. см. C. Chir. 1909. p. 199. — 1908. **Weber.** Telangiectases with recurring epistaxis. Royal Soc. of med. 10. I. Ip. in Br.m.J. 18. I. p. 149. — 1908. **Sidney Philips.** Multiple telangiectases. ibidem. — 1908. **Fox.** A case of bilateral teleangiectases of the trunk with a history of marked epistaxis in childhood and recent rectal haemorrhage. Br. J. of derm. p. 145. см. C. Path. — 1908. **Анонимный** авторъ. Un syndrome familial peu connu: télangiectasies multiples avec hémorrhagies à répétition. S.M. № 1. p. 5—7. — 1908. **Kofler.** Ein Fall von „Naevus Pringle“ der Haut mit Teleangiektasien an den Schleimhäuten und wiederholten Hämorrhagien aus denselben. W.kl.W. № 16. p. 570—571. — 1909. **Hanes.** Multiple teleangiectases causing hemorrhage (hereditary hemorrhagic telangiectasia). Johns H.H.B. March. см. C. Chir. № 22. p. 810. — **Laffond.** Télangiectasie héréditaire hémorrhagique et angiomatose miliaire. P.m. № 87. p. 763. — 1909. **Steiner u. Voerner.** см. стр. 181. — **Walter Parker.** см. статью анонимн. авт. —

3. Множественныя гемангіомы и телеангіэктазіи кожи и подкожной клѣтчатки, появленіе которыхъ связывается авторами съ заболѣваніями центральной или периферической нервной системы, а также съ различными психическими вліяніями.

Bärensprung (1863) первый пытался объяснить правильное и, повидимому, закономѣрное распредѣленіе родимыхъ пятенъ, замѣченное въ нѣсколькихъ случаяхъ, заболѣваніями центральной нервной системы. Онъ высказалъ предположеніе, что въ основѣ интересовавшаго его процесса лежитъ какое нибудь внутриутробное заболѣваніе спинальныхъ ган-

гліевъ. Къ этой „нервной“ теоріи *Bärensprung*'а („neuropathische Angiome“) присоединились и другіе авторы: *Simon* 1872, *Seemer* 1883, *Graff* 1900 и др.

Нѣкоторые авторы (*Lewin*, *Seemer*, *Gaston* 1894, *Noël* 1911 и др.) дополнили теорію *Bärensprung*'а. Они допускали, что образованіе правильно расположенныхъ родимыхъ пятенъ, въ томъ числѣ и сосудистыхъ, можетъ быть обусловлено внутриутробными заболѣваніями не только центральной, но и периферической нервной системы (невриты).

Существуютъ еще теоріи, объясняющія распредѣленіе родимыхъ пятенъ вообще (совпаденіе ихъ съ линіями Voit'а и съ метамерами кожи). *Leblanc* 1896, *Hallopeau и Weil* и *Duplay и Cazin* 1903 обратили свое вниманіе на расположеніе нѣкоторыхъ кожныхъ гемангіомъ конечностей соотвѣтственно метамерамъ кожи. Позднѣйшіе авторы (*Noël* и др.), однако, высказались противъ „метамерной“ теоріи появленія гемангіомъ.

Къ сожалѣнію, до сихъ поръ не удалось патолого-анатомическими изслѣдованіями съ несомнѣнностью доказать вліяніе измѣненій центральной или периферической нервной системы на процессъ появленія и распредѣленія „*нервныхъ*“ ангіомъ кожи.

Авторы, описавшіе такія гемангіомы, слѣдующіе: *Bärensprung* 1863, *Gaston* 1894, *White* 1894, *Francis* 1895, *Roberts Leslie* 1897, *Dorkrell* 1898, *Lawrence* 1898, *Blaschko* 1901, *Roze* 1904, *Guillain и Courtellemont* 1904, *Achard и Ramond* 1909, *Klippel и Pierre Weil* 1909, *Danlos*, *Apert и Flandin* 1909, *Gasne и Guillain* 1910, *Noël* 1911, *Gaucher и Meaux Saint-Marc* 1912, *Barthélémy*, *Etienne* (три случая), *Crocker* (годъ опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ) и др. Изъ перечисленныхъ авторовъ, насколько мнѣ извѣстно, никто не производилъ микроскопическихъ изслѣдованій ни самихъ ангіомъ, ни нервной системы лицъ, страдавшихъ этими сосудистыми опухолями.

Интереснымъ также представляется вопросъ о значеніи, хотя и мало вѣроятномъ, *психическихъ травмъ* беременныхъ на образованіе и появленіе родимыхъ пятенъ кожи у новорожденныхъ. У всѣхъ народовъ до настоящаго времени крѣпко держится убѣжденіе, что видъ пожара, кро-

ви, различныхъ непріятныхъ или страшныхъ предметовъ и т. п., вызывающій испугъ у беременной женщины, будто бы оставляетъ слѣдъ на ребенкѣ въ видѣ родимыхъ пятенъ, въ томъ числѣ и сосудистыхъ. Спеціальныхъ изслѣдованій на эту тему, насколько мнѣ извѣстно, не имѣется. Нынѣ покойный проф. *Pagel*, къ которому я въ 1910 г. обратился съ вопросомъ по этому поводу, также не могъ указать мнѣ авторовъ, работавшихъ въ этомъ направленіи: „Ein *Spezialwerk* über Angiome", писалъ мнѣ проф. *Pagel*, „vom folkloristisch-ethnologisch-mythologischem Standpunkte aus ist mir völlig unbekannt. Auch kann ich mich nicht erinnern, eine Bearbeitung des Themas unter dem von Ihnen gemeinten Gesichtswinkel in der Literatur der letzten Jahre gefunden zu haben" [1]).

Въ томъ же 1910 году появилась небольшая работа *Heeger*'а, который привелъ изъ литературы нѣсколько случаевъ, когда различныя родимыя пятна являлись, повидимому, слѣдствіемъ зрительныхъ ощущеній животныхъ и людей во время ихъ беременности. Однако, случаевъ появленія сосудистыхъ родимыхъ пятенъ *Heeger* не приводитъ.

Въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти лишь нѣсколькихъ авторовъ, высказавшихся по поводу вліянія зрительныхъ ощущеній („Versehen" нѣмецкихъ авторовъ) беременныхъ на образованіе сосудистыхъ родимыхъ пятенъ. Въ пользу возможности связи между такой „психической" травмой беременной матери и наличностью гемангіомъ кожи у плода высказались только *Prentice* (1882) и *Roth* (1883), при чемъ послѣдній авторъ указалъ, что такая связь возможна только въ первые три мѣсяца беременности. Остальные авторы (*Dibbern* 1869, *Mauclaire и de Boris* 1896, *Kramer* 1904 и др.) рѣшительно отвергаютъ всякое значеніе зрительныхъ ощущеній, даже связанныхъ съ психической травмой, на развитіе сосудистыхъ опухолей кожи.

Литература. 1863. **Bärensprung.** Naevus unius lateris. Charité-Annalen. p. 91. см. Unna. p. 1163. — 1869. **Dibbern.** см. стр. 77. — 1872. **Simon.** Ueber Nervennaevi. см. Unna. p. 1163. — 1882. **Prentice.** Influence

[1]) Изъ письма проф. *Pagel*'я. 13/VII. 1910 г.

of maternal impressions on the foetus. Philad. med. Tim. March 11. p. 385. см. V.I.B. 17. — 1883. **Roth.** Über das Versehen u. mechanische Einwirkungen auf Schwangere u. über deren Einfluss auf die normale Ausbildung des Embryo. V. A. XCI. p. 571—574. — 1889. **Seemer.** Zur Casuistik der Naevi. I.D. Würzburg. см. V.I.B. 25. — 1894. **Gaston.** Naevi vasculaires zoniformes avec troubles trophiques consécutifs. An. derm. № 6. см. L.O.E. 14. p. 509. — 1894. **White.** A case of angioma serpiginosum. J. cut. gen. Dec. p. 505. см. V.I.B. — 1895. **Francis.** Eine seltene Form von Angioma serpiginosum. Intern. Atlas seltener Hautkrankh. № XXXIV. см. V.I.B. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1895. **Leblanc.** см. стр. 173. — 1897. **Roberts Leslie.** Angioma serpiginosum. Br. J. of derm. p. 180. см. V.I.B. — 1898. **Dorkrell.** Angioma serpiginosum. Br.m.J. Febr. 19. p. 495. — 1898. **Lawrence.** Angioma serpiginosum Melbourne. см. C. Path. — 1900. **Graff.** Zur Casuistik u. Therapie der Hämangiome. Z.f.H. VI. см. Z.f.Kr. 1906. IV 3. p. 712. — 1903. **Duplay et Cazin.** см. стр. 49. — 1904. **Guillain et Courtellemont.** Naevus avec varices et hypertrophie osseuse. Soc. de neurol. Juillet. Пр. in A. Neur. № 104. p. 164. — 1904. **Roze.** Un cas de Naevus ostéohypertrophique. Soc. de neurol. 1. XII. Пр. in R. neur. XII. p. 1251. — 1904. **Kramer.** см. стр. 78. — 1909. **Achard et Ramond.** Naevus vasculaire dans le domaine du trijumeau. G. hôp. № 40. p. 488. см. C. Path. — 1909. **Klippel et Pierre-Weil.** De la disposition radiculaire des Naevi. N.Ic. XXII. № 5. p. 473. см. R. neur. 1910. II. p. 282. — 1909. **Danlos. Apert et Flandin.** см. стр. 147. — 1910. **Gasne et Guillain.** N.Ic. XIII. № 2. p. 162. см. R. neur. p. 841. — 1910. **Heeger.** Der Aber u. Wunderglaube in der Chirurgie früherer Jahrhunderte. W.kl.W. № 25. p. 940. — 1911. **Noël.** Naevus vasculaire plan systématisé. An. derm. II. № 11. p. 613—616. — 1912. **Gaucher et Meaux Saint-Marc.** Lymphangiome et hématangiome du thorax à distribution zoniforme. Bull. de Soc. fr. de derm. et syph. № 3. p. 113. — **Barthélemy, Hallopeau, Etienne, Blaschko.** см. Noël. p. 614. — **Crocker.** см. White. — **Hallopeau et Weil** см. Duplay и Cazin. —

---

4. Множественныя ангіомы (телеангіэктазіи) кожи, появленіе которыхъ связывается съ различными физическими раздражителями. Къ такимъ раздражителямъ принадлежитъ дурная погода („In the face, exposure to rough weather often induces telangiectases“)[1] (*Parkes Weber* 1904), солнечный свѣтъ (*Aschoff* 1908), лучи Рентгена (*Ehrmann* 1902, *Freund* и *Oppenheim* 1904, *Zehden* 1910, *Havas* 1911) и лучи радія (*Armann* 1907). Появленіе въ такихъ случаяхъ ангіомоподобныхъ расшире-

---

[1]) *Parkes Weber.* A note on cutaneous telangiectases etc. Ed. m. J. April. 1904. p. 348.

ній сосудовъ объясняется длительными воспалительными явленіями, обусловленными непродолжительнымъ и не сильнымъ дѣйствіемъ на кожу упомянутыхъ раздражителей. Съ такимъ объясненіемъ согласуется также то наблюденіе, что телеангіэктазіи появляются на мѣстахъ дѣйствія лучей радія или Рентгена иногда черезъ очень продолжительный промежутокъ времени (напримѣръ, въ случаѣ *Haras*'а черезъ годъ).

При болѣе же продолжительномъ и сильномъ дѣйствіи лучей радія и Рентгена получаются болѣе сильныя воспалительныя измѣненія кожи съ послѣдующей ея атрофіей, что сопровождается запустѣніемъ поверхностныхъ сосудовъ кожи. Послѣднимъ обстоятельствомъ пользуются для лѣченія уже существующихъ поверхностныхъ ангіомъ. Одни авторы (*Kromayer* 1907 и 1910, *Axmann* 1907, *Bordier* 1909 и др.) примѣняютъ при этомъ ультрафіолетовые лучи, другіе авторы (*Weil* 1909, *Schmidt* 1909 и 1910 и др.) — Рентгеновскіе лучи, а третьи (*Exner* 1906, *Wickham и Degrais* 1907, 1908, 1909, 1911, *Morin* 1909, *Pick* 1910, *Schmidt* 1910, *Kromayer* 1910, *Bayet* 1910, *Breda* 1910, *Wichmann* 1911 и др.) находятъ, что наилучшіе результаты получаются при помощи радіотерапіи [1]).

Отмѣчу, что *Axmann* еще въ 1907 году указалъ на возможность экспериментально вызвать появленіе сосудистыхъ пятенъ кожи (naevi) при помощи вышеназванныхъ физическихъ раздражителей (свѣта, состоящаго изъ короткихъ волнъ, и лучей радія). Однако, насколько мнѣ извѣстно, подобныхъ работъ до сихъ поръ не было опубликовано. Не производился также и гистологическій анализъ сосудистыхъ пятенъ и опухолей какъ пріобрѣтенныхъ послѣ дѣйствія перечисленныхъ выше раздражителей, такъ и лѣченныхъ при помощи послѣднихъ. Въ виду отсутствія патолого-анатомическихъ изслѣдованій такихъ сосудистыхъ образованій, я и не имѣю возможности представить какое-либо заключеніе какъ относительно ихъ строенія, такъ и относительно ихъ мѣста въ общей онкологической системѣ.

---

[1]) Въ послѣднее время *Kirmisson* (1912) и *Delbet* (1912) указали на опасности при слишкомъ интенсивномъ примѣненіи радіотерапіи для лѣченія кожныхъ гемангіомъ.

Литература. 1902. **Ehrmann.** A. G. Wien. 23. V. W.kl.W. — 1904. **Parkes Weber.** A note on cutaneous telangiectases and their etiology: comparison with the etiology of haemorrhoids and ordinary varicose veins. Ed.m J. XV. № 4. p. 346—349. — 1904. **Freund u. Oppenheim.** W.kl. W. № 12. — 1906. **Exner.** Zur Behandlung der flachen Teleangiektasien mit Radium. W.kl.W. № 23. — 1907. **Axmann.** Beseitigung der durch Radiumstrahlen bewirkten Gefässerweiterungen. M.m.W. № 38. p. 1877. — 1907. **Kromayer.** Die Anwendung des Lichts in der Dermatologie. B.kl.W. № 3, 4 и 5. — 1907. **Wickham and Degrais.** The treatment of vascular naevi by radium. Br.J. derm. Nov. см. V.I.B. — 1908. **Aschoff.** In Krehl-Marchand. Handbuch d. allgem. Path. I. p. 159. — 1908. **Wickham et Degrais.** Traitement des angiomes (tumeurs vasculaires et taches de vin) par le radium. R. méd. XXVIII. p. 567. по миор. реф. — 1909. **Morin.** Guérison de 2 naevi par la radiothérapie. Arch. d'électr. méd. etc. № 270. см. Derm. Z. 1910. p. 297. — 1909. **Bordier.** Sur quelques résultats fournis par les radiations ultraviolettes (lampe à vapeur de mercure de Kromayer) en thérapeutique. Arch. d'électr. méd. etc. № 274. см. Z.f.D. 1910. p. 297. — 1909. **Weil.** Le traitement des angiomes et des taches de vin par les rayons X. J. des practic. № 33. см. Z.f.D. 1910. № 6. p. 450. — 1909. **Schmidt.** Zwei Fälle von Naevus vasculosus durch Röntgen-Bestrahlung geheilt. D.m.W. № 52. — 1909. **Wickham et Degrais.** Action curative du radium sur les angiomes tubéreux. Soc. chir. XXXV. № 37. p. 1286. — 1910. **Zehden.** Atypische u. weniger bekannte Folgeerscheinungen nach Röntgenbestrahlungen. B.kl. W. № 1. — 1910. **Kromayer.** Die Behandlung der roten Muttermäle mit Licht und Radium nach Erfahrungen an 40 Fällen. D.m.W. № 7. — 1910. **Schmidt.** Zur Strahlenbehandlung der roten Muttermale. D.m.W. № 10. — 1910. **Pick.** Neuere Methoden der Dermotherapie. M.Kl. № 15. — 1910. **Schmidt.** Demonstr. Kongress d. D. Röntgengesellschaft. 3. IV. см. D.m.W. № 16. p. 784. — 1910. **Bayet.** Le traitement des Naevi vasculaires par le radium. Le Scalpel etc. 12. VI. см. C. derm. 1911. № 8. — 1909—10. **Breda.** Atti di istituto R. Veneto di science, lett. ed arti. 69. II. см. M.f.D. 1911. № 5. — 1911. **Wichmann.** Radium in der Heilkunde. см. C. Derm. — 1911. **Wickham et Degrais.** Soc. derm. 6. VII. см. M.f.D. 53. № 8. — 1911. **Havas.** Durch Röntgenstrahlen verursachte Blutgefässerweiterungen in der Haut. Kön. Ges. d. Aerzte. Budapest. 28. X. Пр. in M.Kl. № 49. p. 1914. — 1912. **Kirmisson.** Des abus et des dangers de la radiumthérapie, appliquée à la cure des angiomes. Soc. chir. XXXVIII. № 23. p. 872—874. — 1912. **Delbet.** Пренія. Ibidem. —

---

5. Множественныя ангіомы, появленіе которыхъ связывается съ различными заболѣваніями организма, а также со старостью (старческія ангіомы). Существуетъ цѣлый рядъ болѣзней, при которыхъ подмѣчено одновременное появленіе телеангіэктазій кожи. *Blake* (1877) и *Schweninger* (1897) наблюдали множественныя кожныя телеангіэктазіи при эмфиземѣ легкихъ,

при чемъ *Blake* считалъ расширенія мелкихъ кожныхъ венъ даже патогномоничнымъ симптомомъ этого заболѣванія. *Salis Cohen* (1894) и *Kingscote* (1899) описали множественныя телеангіэктазіи кожи, какъ слѣдствіе астмы. *Léci* (1901) — хроническаго нефрита, *Hyde* (1907) — болѣзни Graves'а. *Fearnsides* (1912) — продолжительныхъ поносовъ у дѣтей. Далѣе *Claude* (1903), *Achard*, *Bauer* (1904) и др. замѣтили, что множественныя телеангіэктазіи появляются при болѣзняхъ печени, а *Langenbeck*, *Israel*, *Freund* (1899) и др. — при разнообразныхъ опухоляхъ.

Особый интересъ возбудилъ вопросъ о діагностическомъ значеніи множественныхъ ангіомъ кожи при ракахъ внутреннихъ органовъ. На появленіе мелкихъ сосудистыхъ опухолей кожи при наличности раковой опухоли въ организмѣ обратилъ особенное вниманіе во Франціи *Trélat*, а въ Германіи уже въ 1901 году *Leser*. Нѣкоторые авторы (*Hollaender* 1900 и 1902, *Leser* 1902, *Genzmer* 1902, *Tixier* 1904, *Müller*, *Boucaud* 1904 и др.) подтвердили данныя *Trélat* и *Leser*'а, но большинство (*Dubreuilh* 1900, *Vergne* 1900, *Gebele* 1902, *Reitzenstein* 1902, *Rosenbaum* 1902, *Raff* 1902, *Symmers* 1902, *Wolff* 1902, *Berard* 1904, *Villard* 1904, *Herxheimer* и *Bornemann* 1906 и др.) высказалось противъ всякаго діагностическаго значенія этихъ кожныхъ образованій въ опредѣленіи существованія раковаго заболѣванія внутреннихъ органовъ.

Между тѣмъ, нѣкоторыми изъ приведенныхъ авторовъ былъ собранъ большой статистическій матеріалъ, благодаря которому удалось, по крайней мѣрѣ клинически, въ значительной степени выяснить вопросъ о такъ называемыхъ „*старческихъ*“ ангіомахъ (см. стр. 76). Оказалось, что множественныя мелкія ангіомы (телеангіэктазіи) кожи могутъ встрѣчаться въ любомъ возрастѣ, но что у дѣтей (до 15 лѣтъ) ихъ нахожденіе является рѣдкостью. Послѣ 30-лѣтняго (*Rosenbaum*) и 40-лѣтняго (*Dubreuilh*, *Vergne*, *Raff* и др.) возраста эти опухоли были находимы довольно часто, а въ возрастѣ за 50-60 лѣтъ — очень часто (по *Raff*'у въ 75%—80% всѣхъ лицъ, имъ осмотрѣнныхъ). Количество „старческихъ“ ангіомъ у одного и того же лица колебалось отъ нѣсколькихъ до 70 (*Raff*). *Dubreuilh* находилъ ихъ у мужчинъ вдвое

чаще, чѣмъ у женщинъ, по *Raff*'у же онѣ наблюдаются одинаково часто какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ.

Микроскопическое изслѣдованіе старческихъ ангіомъ произведено лишь нѣкоторыми авторами: эти авторы слѣдующіе: *Unna* 1894, *Dubreuilh* 1900, *Raff* 1902, *Claude* 1903, *Ribbert* 1904, *Ogawa* 1907, *Pasini* 1907, *Pick* 1909, *Piccardi* 1910, *Müller* (годъ опубликованія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ) и др.

Unna называетъ эти сосудистыя образованія „papilläre Kapillarvaricen“ и описываетъ ихъ въ отдѣлѣ гемангіэктазій. На основаніи гистологическаго изслѣдованія четырехъ такихъ старческихъ ангіомъ онъ приходитъ къ выводу, что происхожденіе ихъ зависитъ какъ отъ застоя въ тѣхъ венахъ, которыя находятся непосредственно подъ сосочковымъ слоемъ кожи, такъ и отъ послѣдовательнаго застоя въ сосудистыхъ петляхъ сосочковаго слоя и отъ расширенія главнымъ образомъ венозныхъ стволовъ сосочковъ кожи. По *Unna*, причина возникновенія застоя только въ ограниченномъ участкѣ кожи неизвѣстна. Такого же мнѣнія о сущности старческихъ ангіомъ придерживаются *Thoma*, *Borst* и большинство другихъ авторовъ.

Статья *Dubreuilh* въ оригиналѣ мнѣ не была доступна. *Raff* упоминаетъ, что *Dubreuilh* причислялъ старческія ангіомы къ гемангіомамъ и описалъ въ нихъ присутствіе своеобразныхъ клѣтокъ, отличающихся своеобразной зернистостью и имѣющихъ форму Plasmazellen. По *Dubreuilh*, эти ангіомы состоятъ изъ сосудовъ съ просвѣтами неправильной формы, въ которыхъ мѣстами было очень много бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, мѣстами же свѣжіе тромбы.

Raff въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ не нашелъ тѣхъ своеобразныхъ клѣтокъ, о которыхъ говорилъ *Dubreuilh*. Самъ *Raff* различалъ два типа старческихъ ангіомъ, которые, по его мнѣнію, представляли собой лишь различные стадіи развитія одного и того же процесса. Въ однѣхъ ангіомахъ, которыя представляли собой болѣе ранній стадій развитія процесса, epidermis надъ опухолью былъ неизмѣненъ, другія же ангіомы, найденныя въ болѣе позднемъ стадіи ихъ развитія, имѣли форму бугорковъ, выдававшихся надъ остальнымъ уровнемъ кожи, при чемъ epidermis

въ области бугорка представлялся уплощеннымъ. Какъ тѣ, такъ и другія ангіомы состояли изъ многочисленныхъ, очень расширенныхъ сосудовъ, стѣнки которыхъ были образованы изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, выстилавшихъ то болѣе узкія, то болѣе широкія соединительнотканныя перекладины. Эластическія волокна въ перекладинахъ были обнаружены *Raff*'омъ лишь въ очень незначительномъ количествѣ. „Meine speziell auf Entartung der elastischen Fasern gerichteten Untersuchungen", пишетъ *Raff*, „sind resultatlos geblieben, doch ist die Ausbildung der elastischen Fasern an der Stelle der Angiome sehr gering." [1]). Относительно номенклатуры и этіологіи этихъ старческихъ ангіомъ *Raff* указываетъ на невозможность придти къ опредѣленному выводу: „..ob Neubildung, ob nur Erweiterung (der Gefässe)", говоритъ *Raff*, „das wird sich, wie oft, so auch hier, kaum entscheiden lassen [2])... и дальше — „Ursache ist kaum auszufinden" [3]).

Болѣе опредѣленно, чѣмъ *Raff* и въ противоположность *Unna*, *Thoma* и другимъ авторамъ, ставившимъ появленіе старческихъ ангіомъ въ связь съ атрофическими процессами въ старческой кожѣ, высказались *Ribbert* и его ученики. Они причисляютъ „старческія" ангіомы, какъ и всѣ гемангіомы, къ врожденнымъ неправильностямъ развитія кожи. „Für ihre Entstehung" пишетъ *Ribbert*, „sind gewiss auch irgendwelche Hautmissbildungen massgebend" [4]). Въ пользу своего мнѣнія онъ также приводитъ результаты изслѣдованій *W. Wolff*'а (1902), который нашелъ такія „warzenförmige Angiome" у мужчинъ до 20 лѣтъ въ 56%, а у старыхъ людей —въ 74% всѣхъ осмотрѣнныхъ имъ лицъ.

Ogawa, ученикъ *Ribbert*'а, произвелъ очень подробныя изслѣдованія трехъ старческихъ ангіомъ. Онъ разложилъ каждую изъ этихъ маленькихъ опухолей на серію срѣзовъ, а затѣмъ, при помощи особаго способа, возстановилъ въ значительно увеличенномъ видѣ строеніе опухолей. На осно-

---

[1]) *Raff*. Zur Kenntniss der senilen Angiome (Kapillarvaricen) der Haut. M. m. W. 1902. № 18. p. 746.

[2]) ibidem.

[3]) ibidem.

[4]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. 1904. p 171

ваніи своей работы *Ogawa* пришелъ къ выводу, что каждая изъ этихъ опухолей состоитъ изъ одной, многократно извивающейся, сосудистой трубки. „Es muss“, говоритъ *Ogawa*, „sich um ein zusammenhängendes, verschieden weites, vielfach gewundenes und verschlungenes Gefässrohr handeln“ [1]. По *Ogawa*, связи такой сосудистой трубки съ капиллярами окружающихъ тканей найдено не было. Кровообращеніе происходило при помощи одного приводящаго и одного отводящаго сосуда.

Pick, изслѣдовавшій множественныя старческія ангіомы лѣвой стороны затылка у двухъ пожилыхъ мужчинъ, въ одномъ изъ этихъ случаевъ подъ микроскопомъ нашелъ картину, напоминавшую эндотеліому, развивающуюся изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ сосудовъ. Этотъ авторъ высказался въ пользу вѣроятнаго происхожденія описанныхъ имъ ангіомъ изъ эмбріональныхъ зачатковъ: „eine Remanenz“, пишетъ онъ, „embryonaler Keime“ [2]).

Piccardi описалъ опухоли, очень похожія, по его мнѣнію, на опухоли, описанныя *Pick*'омъ.

У старика 65 лѣтъ за послѣдніе три года появлялись разновременно и въ различныхъ областяхъ тѣла (мошонка, грудь и т. д.) небольшія, темнокрасныя, довольно плотныя опухоли, которыя частью исчезли послѣ лѣченія лучами Рентгена и мышьякомъ. На основаніи гистологическаго изслѣдованія нѣсколькихъ узелковъ, взятыхъ въ различные стадіи ихъ развитія, *Piccardi* пришелъ къ заключенію, что данное заболѣваніе состоитъ въ разрастаніи эндотелія кровяныхъ капилляровъ. Разросшіяся эндотеліальныя клѣтки выстилали канальцы и полости, наполненные кровью. По окружности этихъ канальцевъ и полостей открывалась соединительная ткань, происходящая или изъ околососудистой соединительной ткани или же изъ тѣхъ же размножившихся эндотеліальныхъ клѣтокъ („von einer Umwandlung der Endothelzellen selbst“ [3]). Въ болѣе долго существовавшихъ узелкахъ *Piccardi* нашелъ главнымъ образомъ фиброзную соединительную ткань, а въ уже исчезавшихъ —кучи кровяного пигмента.

Указавъ на близость описанныхъ имъ пораженій кожи къ заболѣваніямъ, описываемымъ подъ названіемъ sarcoma

---

1) *Ogawa*. Ueber den Bau, die eintretenden Gefässe u. das Wachstum der warzenförmigen Angiome der Haut. V.A. 1907. Bd. 189. p. 43.

2) *Pick*. цитир. по рефер. in M.f.D. 1910. Bd. 50. p. 214.

3) *Piccardi*. Metastatisches Angioma senile etc. M. f. D. 1910. Bd. 44. № 6.

idiopathicum Kaposi и состоящимъ въ разрастанiи преимущественно эндотелiальныхъ элементовъ кожи, *Piccardi* предложилъ называть опухоли, похожiя на описанныя *Pick*'омъ и имъ, haemangioma endotheliale metastaticum. *(?)*.

Отмѣчу, что *Müller* и *Claude* причисляли описанныя ими множественныя гемангiомы кожи къ новообразованiямъ. *Müller* указалъ, что изслѣдованныя имъ опухоли состояли изъ размножившихся и расширенныхъ капилляровъ, а *Claude*, который описалъ появленiе множественныхъ ангiомъ при болѣзняхъ печени, нашелъ, что ангiомы состояли изъ размножившихся и расширенныхъ артерiй и венъ, стѣнки которыхъ представлялись утолщенными, а также изъ извилистыхъ кавернозныхъ полостей.

Тоже „старческiя“ гемангiомы, но съ локализацiей на мѣстѣ перехода кожи въ слизистую губы, описалъ первый *Pasini* (1907). На основанiи своихъ изслѣдованiй онъ приходитъ къ заключенiю, что старческiя гемангiомы представляютъ собою расширенiя подкожныхъ венъ, происходящiя подъ влiянiемъ старческихъ измѣненiй въ самой кожѣ. Слѣдовательно, этотъ авторъ пришелъ къ тому же заключенiю, къ которому пришло большинство авторовъ, писавшихъ о старческихъ ангiомахъ, за исключенiемъ *Ribbert*'а, его школы и нѣкоторыхъ другихъ изслѣдователей.

Изъ изложеннаго видно, что и въ настоящее время среди авторовъ нѣтъ единенiя въ вопросѣ о сущности и этiологiи старческихъ ангiомъ кожи. Однако, болѣе вѣроятнымъ слѣдуетъ считать мнѣнiе, по которому онѣ являются эктазiями мелкихъ сосудовъ, какъ слѣдствiе атрофiи кожи.

Литература. 1877. **Blake**. Constipation. см. Parkes Weber. — 1894. **Salis Cohen**. Vasomotor Ataxia. Am.J. CVII. p. 135. см. Parkes Weber. — 1894. **Unna**. см. стр. 34. — 1897. **Schweninger**. Mitth. a. d. derm. Klin. d. k. Charité-Krankenh. Berlin. p. 47. см. Parkes Weber. — 1899. **Kingscote**. Asthma. см. ibidem. — 1899. **Freund**. Die Haut bei schwangeren u. genital-kranken Frauen. Verh. d. VI deutsch. dermatol. Congr. см. C.Path. 1900. p. 802. — 1900. **Dubreuilh**. Angiome sénile. XIII congrès intern. de méd. Sect. de Dermatol. Paris. p. 597. см. Raff. — 1900. **Vergne**. L'angiome sénile. Thèse. Bordeaux. см. L.O.E. — 1900. **Hollaender**. Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms. D.m.W. № 30. — 1901. **Lévi**. Un nouveau cas de

télangiectasies acquises généralisées. Gaz. hebd. № 2. см. V.I.B. 36/II. p. 297. — 1901. **Leser**. Über ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig bekanntes Symptom. Verein d. Aerzte Halle. 23. X. Пр. in M.m.W. № 51. p. 2035. — 1902. **Leser**. Тоже. M.m.W. № 1. — 1902. **Genzmer**. Преніи къ докладу Leser'a. Ibidem. — 1902. **Hollaender**. Karzinom u. Hautveränderungen. C. Chir. № 17. p. 457—459. — 1902. **Gebele**. Ueber Angiome u. ihrem Zusammenhange mit Karzinomen. M.m.W. № 4. p. 139. — 1902. **Reitzenstein**. Sind die im relativ frühen Alter u. in verhältnissmässig grosser Zahl auftretenden Angiome der Haut für die Diagnose des Karzinoms zu verwenden? M.m.W. № 10. — 1902. **Rosenbaum**. Ueber die diagnostische Bedeutung der Angiome der Haut. M.m.W. № 16. p. 658. — 1902. **Raff**. Zur Kenntniss der senilen Angiome (Kapillar-Varicen) der Haut. M.m.W. № 18. p. 745—746. — 1902. **Symmers**. Cutaneous angiomata and their significance in the diagnosis of malignant disease: a statistical study based upon the observation of nearly four hundred cases. Med. News. 27. XII. см. L.O.E. X. — 1902. **Wolff**. см. стр. 78. — 1903. **Claude**. Soc. méd. des hôp. 6. II. см. C.Path. 1904. p. 426. — 1904. **Ribbert**. см. стр.50. — 1904. **Parkes Weber**. см. стр. 188. — 1904. **Bauer**. Notes sur la valeur sémeiologique des Naevi capillaires séniles. A. gén. méd. № 34. — 1904. **Tixier**. Lyon méd. p. 698. см. L.O.E. X. p. 119. — 1904. **Berard**. Ibidem. — 1904. **Villard**. Ibidem. — 1904. **Boucaud**. Les naevi considérés comme signe de malignité dans les tumeurs. Thèse. Bordeaux. см. C. Chir. 1905. p. 448. — 1906. **Herxheimer. u. Bornemann**. Neoplasmen der Haut. Angiom. L.O.E. Ergänzungsband. X 1. — 1907. **Hyde**. Teleangiectasic lesions of the skin occuring in the subjects of Graves' disease. Br. J. of derm. p. 33. см. C. Path. — 1907. **Ogava**. Ueber den Bau, die eintretenden Gefässe u. das Wachstum der warzenförmigen Angiome der Haut. V.A. 189. p. 433—439. — 1907. **Pasini**. Ueber das senile Angiom des freien Lippenrandes. M.f.D. 44. № 6. p. 275—286 и № 7. p. 342—351. — 1909. **Pick**. Zur Kenntniss des senilen Angioms u. seiner Beziehungen zum Endotheliom. A.f.D. 99. H. 1—2. см. M.f.D. 1910. 50. p. 214; Derm. Z. 1910. p. 376. — 1910. **Piccardi**. Metastatisches Angioma senile u. seine Beziehungen zum sogenannten Sarcoma Kaposi. M.f.D. № 6. — 1912. **Greaves Fearnsides**. Br. J. of. Dermat. February. см. Derm. W. № 14. p. 408. — **Müller**. см. Leser. — **Trélat**. см. Raff. — **Langenbeck**. **Israel**. см. Hollaender. — **Achard**. см. Claude. —

Изъ приведенныхъ въ настоящемъ отдѣлѣ литературныхъ данныхъ о множественныхъ гемангіомахъ кожи видно, что подъ этимъ названіемъ описываются, повидимому, самыя различныя образованія. Нѣкоторыя изъ описанныхъ множественныхъ гемангіомъ, какъ, напримѣръ, кавернозныя гемангіомы, съ большой вѣроятностью дѣйствительно можно причислить къ истиннымъ гемангіомамъ. Бóльшая же часть

приведенныхъ мною изъ литературы случаевъ, описанныхъ какъ множественныя телеангіэктазіи, по всей вѣроятности причислена къ гемангіомамъ лишь по недоразумѣнію, такъ какъ обычно телеангіэктазіи оказываются или чисто пассивными расширеніями мелкихъ сосудовъ подъ вліяніемъ застоевъ крови въ кожѣ, или же происходятъ вслѣдствіе различныхъ воспалительныхъ процессовъ въ кожѣ. Перечисленные процессы занимаютъ въ патологіи совершенно особое мѣсто и должны быть выдѣлены отъ пороковъ развитія и отъ новообразованій sensu stricto въ совершенно особые отдѣлы. Должны быть, слѣдовательно, выдѣлены изъ группы гемангіомъ такъ называемыя старческія ангіомы, представляющія собой въ огромномъ большинствѣ случаевъ именно расширенные капилляры подъ вліяніемъ атрофіи кожи и одновременнаго застоя крови.

ГЛАВА VII.

Гемангіомы костей.

Костныя аневризмы и костныя гемангіомы. Частота нахожденія гемангіомъ костей. Перечень авторовъ, описавшихъ подобныя опухоли. Распредѣленіе больныхъ, страдавшихъ гемангіомами костей, по возрасту и полу. Локализація гемангіомъ. Одиночныя и множественныя опухоли. Величина гемангіомъ, ихъ классификація, гистологическое строеніе, ростъ, исходъ и происхожденіе.

Вопросъ о существованіи гемангіомъ костей принадлежалъ къ однимъ изъ наиболѣе спорныхъ. Въ серединѣ прошлаго столѣтія большинство изслѣдователей (*Cruveilhier* 1856, *Nélaton* 1860, *Gentilhomme* 1863 и др.) пришли къ заключенію, что въ костяхъ чистыхъ сосудистыхъ опухолей, которыя тогда назывались „костными аневризмами", не бываетъ. Всѣ опухоли, описанныя подъ послѣднимъ названіемъ, принадлежали, по мнѣнію упомянутыхъ авторовъ, къ опухолямъ, очень богатымъ сосудами и болѣе или менѣе злокачественнаго характера (къ саркомамъ, эндотеліомамъ и т. д.). Между тѣмъ *Virchow* (1863) привелъ изъ литературы и изъ собственныхъ наблюденій цѣлый рядъ сосудистыхъ опухолей костей и указалъ, что сосудистыя опухоли въ костяхъ несомнѣнно наблюдаются въ чистой формѣ. Тѣмъ не менѣе въ новѣйшее время многіе авторы, въ томъ числѣ *Oehler* 1893, *Poncet* 1897, *Berger* 1900, *Gaylord* 1903, *Mauclaire* 1908 и др., опять настаиваютъ на томъ, что въ „костныхъ аневризмахъ" всегда удавалось найти саркоматозные элементы. Между прочимъ *Oehler* указываетъ, что кавернозныя гемангіомы костей, описанныя *Schuh* 1862, *Moltrecht*'омъ 1869 и *Lücke* 1889, не

имѣютъ ничего общаго съ „костными аневризмами“. Другіе авторы (*Péan* 1896, *Jonnesco* 1899, *Thévénot* 1900, *Gangolphe* 1907, *Morestin* 1909 и др.), напротивъ, считаютъ, что кавернозныя гемангіомы костей при дальнѣйшемъ развитіи (стр. 203) часто превращаются именно въ костныя аневризмы.

Статистическія свѣдѣнія относительно костныхъ гемангіомъ довольно скудны.

Schlesinger (1898), изучавшій опухоли спинного мозга и его оболочекъ и воспользовавшійся протоколами и матеріаломъ изъ 35000 вскрытій (въ Вѣнѣ), нашелъ данныя о 6540 опухоляхъ, среди которыхъ 107 локализировались въ позвонкахъ. Послѣднія опухоли, по *Schlesinger*'у, чаще всего саркоматознаго характера и обычно чрезвычайно богаты сосудами. Среди этихъ 107 опухолей позвоночника гемангіомъ авторъ не нашелъ. *Schlesinger*'у былъ извѣстенъ только одинъ случай гемангіомы тѣла позвонка, именно описанный *Gerhardt*'омъ (1895) и изслѣдованный *Recklinghausen*'омъ.

Существуютъ еще статистическія свѣдѣнія относительно опухолей челюстей. *Weber* (1862) собралъ изъ литературы данныя о 307 опухоляхъ верхнихъ челюстей и о 403 нижней челюсти. Среди первыхъ была описана одна сосудистая опухоль, а среди послѣднихъ—двѣ гемангіомы. Относительно этихъ трехъ сосудистыхъ опухолей, приведенныхъ въ статистической работѣ *Weber*'а, *Heydenreich* (1898) высказался, что онѣ скорѣе всего являются саркомами, очень богатыми сосудами. Послѣдующіе авторы, писавшіе объ опухоляхъ челюстей, а именно *Birnbaum* 1888, *Küster* 1888, *Naegelsbach* 1900, *Stein* 1902 и др., собрали свѣдѣнія относительно 278 опухолей верхнихъ и 52 нижней челюсти, среди которыхъ гемангіомъ не было. Наконецъ, *Steward* (1910) также не упоминаетъ о гемангіомахъ челюстей.

Въ 1905 г. *Schöne* собралъ изъ литературы случаи описанныхъ и, по его мнѣнію, достовѣрныхъ гемангіомъ костной системы. Такихъ гемангіомъ онъ приводитъ 26, изъ которыхъ 3 локализировались въ позвонкахъ, 6 — въ остальныхъ костяхъ туловища и конечностей и 17 — въ костяхъ головы. Къ сожалѣнію, во многихъ изъ приведенныхъ *Schöne* случаевъ микроскопическаго изслѣдованія не было произведено. Во многихъ случаяхъ, которые мнѣ удалось собрать

изъ доступной для меня литературы, также не имѣется никакихъ свѣдѣній о произведенномъ микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей. Такіе случаи (не изслѣдованные микроскопически) описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Pearson* 1790, *Reinhold* 1807, *Breschet* 1826, *Thomson* 1829, *Scarpa* 1830, *Travers* 1838, *Gross* 1845, *Liston* 1846, *Toynbee* 1847, *Ehrmann* 1847, *Verneuil* 1847, *Stanley* 1849, *Rigaud* 1850, *Reiche* 1854, *Paul* 1854, *Müller* 1855, *Rokitansky* 1856, *Cruveilhier* 1856-1862, *Bouisson* 1857, *Michaud* 1859, *Schuh* 1862, *Virchow* 1863, *Richet* 1864, *Moltrecht* 1869, *Robin* 1874, *Graf* 1876, *Gallozi* 1880, *Roughton* 1890, *Pilcher* 1894, *König* 1899, *Deetz* 1901, *Furlkröger* 1903, *Gerth* 1906, *Gangolphe* 1907, и *Froriep* (годъ появленія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ).

Наряду съ перечисленными случаями, въ цѣломъ рядѣ другихъ было произведено микроскопическое изслѣдованіе опухолей, діагнозъ которыхъ, благодаря этому, является точно установленнымъ. Краткое описаніе каждаго изъ такихъ случаевъ приведено мною въ приложеніи въ видѣ таблицы *№ 2*. Въ эту таблицу вошли случаи, описанные *Virchow*'ымъ 1863, *Матвѣевымъ* 1886, *Nauwerck*'омъ 1888, *Дьяконовымъ* 1889, *Lücke* 1889, *Politzer*'омъ 1893, *Gerhardt*'омъ 1895, *Gibelli* 1896, *Péan* 1896, *Zajaczkowski* 1901, *Deetz*'емъ 1901, *Schmidt*'омъ 1902, *Kaufmann*'омъ и *Muthmann*'омъ 1903, *Schöne* 1905, *Салтыковымъ* 1909, *Morestin* 1909, *Истоминымъ* 1911, *Ribbert*'омъ 1911 и *Münzer*'омъ 1912.

Распредѣленіе больныхъ, страдавшихъ опухолями, перечисленными въ таблицѣ *№ 2*, по ихъ возрасту и полу, представлено мною въ таблицѣ XV (стр. 199).

Изъ этой таблицы (XV) видно, что гемангіомы костей встрѣчаются у женщинъ нѣсколько чаще, чѣмъ у мужчинъ, и обнаруживаются преимущественно только въ зрѣломъ возрастѣ. Послѣднее обстоятельство объясняется тѣмъ, что гемангіомы костей обыкновенно растутъ очень медленно, а маленькія опухоли лишь рѣдко даютъ о себѣ знать.

Въ 10 случаяхъ гемангіомы костей были найдены при вскрытіи. Также въ 10 случаяхъ онѣ были удалены оперативнымъ путемъ. Операторами были: *Склифосовскій* (сл. *Мат-*

вѣева), *Бобровъ* (сл. *Дьяконова*), *Nauwerck*, *Lücke*, *Péan*, *Krajewski* (сл. *Zajaczkowski*), *Bergmann* (сл. *Schöne*), *Morestin*, *Истоминъ* и *Kaposi* (сл. *Münzer*'а).

Таблица XV.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ								Всего
	Отъ 10 до 19 л.	" 20 " 29 "	" 30 " 39 "	" 40 " 49 "	" 50 " 59 "	" 60 " 69 "	" 70 " 79 "	Неизвѣстно	
мужч.	3	1	1	—	2	—	—	—	7
женщ.	1	4	1	1	—	1	1	1	10
неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	—	3	3
Итого .	4	5	2	1	2	1	1	4	20

Чаще всего пораженными гемангіомами оказались кости головы—12 разъ, затѣмъ тѣла позвонковъ — 7 разъ и только одинъ разъ мѣстомъ пораженія была кость конечности (сл. *Nauwerck*'а). Добавлю, что и этотъ, единственный, случай гемангіомы эпифизарнаго конца бедра является сомнительнымъ, такъ какъ, судя по рисункамъ и по описанію опухоли, послѣдняя скорѣе всего представляетъ собой эндотеліому. Изъ гемангіомъ костей головы 7 локализировались въ области черепныхъ костей: три въ лобной (случаи *Дьяконова*, *Zajaczkowski* и *Истомина*), двѣ—въ теменной (случаи *Virchow*'а и *Матвѣева*) и по одной—въ височной (сл. *Politzer*'а) и затылочной (сл. *Schöne*) костяхъ. Пять опухолей были найдены въ костяхъ лицевого черепа: двѣ въ верхней челюсти (сл. *Lücke* и *Gibelli*) и по одной—въ небной кости (сл *Péan*), въ скуловой кости (сл. *Münzer*'а) и въ нижней челюсти (сл. *Morestin*).

Семь авторовъ (*Virchow*, *Gerhardt*, *Deetz*, *Schmidt*, *Muthmann*, *Салтыковъ* и *Ribbert*) нашли гемангіомы въ тѣлахъ позвонковъ. Въ случаѣ *Muthmann*'а, о которомъ *Kaufmann* (1911) упоминаетъ въ своемъ учебникѣ, гемангіома разрушила цѣлый позвонокъ и явилась причиной его перелома.

Въ большинствѣ случаевъ были описаны одиночныя костныя гемангіомы. Только два автора (*Virchow* и *Салтыковъ*) изслѣдовали множественныя гемангіомы костей, локализировавшіяся оба раза въ тѣлахъ позвонковъ. Первый авторъ наблюдалъ двѣ костныя гемангіомы въ двухъ различныхъ позвонкахъ, а второй — восемь гемангіомъ въ шести позвонкахъ.

Величина костныхъ гемангіомъ была различная: большинство ихъ достигала величины отъ горошины до грецкаго орѣха. *Münzer* изслѣдовалъ остео-ангіому, величиною съ небольшое яблоко, *Ribbert* наблюдалъ „очень большую" гемангіому костнаго мозга, а *Politzer* описалъ опухоль, на значительномъ пространствѣ отдавившую головной мозгъ.

По мѣсту развитія гемангіомъ костей *Virchow* различалъ періостальныя и міэлогенныя формы. Первыя, которыя онъ называлъ также периферическими костными ангіомами, встрѣчаются, по его мнѣнію, значительно чаще. Міэлогенныя же, по его мнѣнію, обычно являются въ видѣ телеангіэктазій. *Mauclaire и de Bovis* (1896) и *Mauclaire* (1908) различали три разновидности этихъ опухолей: паростальныя гемангіомы, періостальныя и костныя sensu stricto. Къ первымъ эти авторы причисляли опухоли, расположенныя въ непосредственной близости къ костямъ, напримѣръ, подъ синовіальной оболочкой колѣна (случай *Tripier* 1891), или связанныя съ костью посредствомъ ножки (случай *Lannelongue* 1886, *Hofmokl*'я 1888 и др.).

Мнѣ кажется болѣе цѣлесообразнымъ сохранить прежнее дѣленіе, принятое еще *Virchow*'ымъ, который различалъ среди собственно костныхъ гемангіомъ періостальныя и міэлогенныя опухоли. Добавлю, что такое дѣленіе можетъ быть установлено только для небольшихъ опухолей, когда еще удается обнаружить ихъ исходный пунктъ. Интересно также отмѣтить, что *Cruveilhier* встрѣчалъ только періостальный „tissu érectile osseux" и никогда не видалъ міэлогенной костной чисто-сосудистой опухоли.

Большинство мною упомянутыхъ въ таблицѣ *№ 2* опухолей принадлежитъ къ міэлогеннымъ гемангіомамъ. Такіе случаи описали *Virchow* (второй его случай), *Дьяконовъ*, *Gerhardt*, *Muthmann*, *Schöne*, *Салтыковъ*, *Morestin*, *Истоминъ*, *Ribbert* и

Münzer. Несомнѣнно періостальной является только первая опухоль, описанная *Virchow*'ымъ. Въ остальныхъ случаяхъ невозможно установить, откуда начиналась гемангіома, хотя всѣ опухоли позвоночника, по всей вѣроятности, были міэлогенными гемангіомами. *Schöne* причислялъ къ послѣднимъ также случаи *Nauwerck*'а и *Zajaczkowski*. Онъ же указалъ на то, что въ большинствѣ случаевъ нѣтъ возможности различить міэлогенныя гемангіомы отъ періостальныхъ. Къ послѣднимъ онъ отнесъ изъ числа 26-ти, собранныхъ имъ изъ литературы случаевъ, только слѣдующія опухоли: во-первыхъ, опухоли, описанныя *Virchow*'ымъ, во вторыхъ, опухоль, описанную *Toynbee*, и, въ третьихъ, періостальные носовые полипы, приведенные *Ziegler*'омъ въ своемъ учебникѣ.

Большинство опухолей оказалось кавернозными гемангіомами (первый случай *Virchow*'а, случаи *Матвѣева*, *Politzer*'а, *Zajaczkowski*, *Muthmann*'а, *Schöne*, *Истомина* и *Ribbert*'а). Нѣкоторыя опухоли были авторами причислены къ простымъ гемангіомамъ (второй случай *Virchow*'а, случаи *Nauwerck*'а, *Gibelli*, *Салтыкова* и *Morestin*). Отмѣчу, что, судя по описаніямъ, кавернозныя и простыя гемангіомы костей часто мало отличались другъ отъ друга и что *Schöne* нашелъ въ описанной имъ опухоли какъ кавернозные участки, такъ и участки со строеніемъ „простой“ гемангіомы. Подъ послѣднимъ названіемъ авторы обычно имѣли въ виду не разросшіеся молодые капилляры, а расширенные сосуды капиллярнаго типа (телеангіэктазіи).

Строеніе кавернозныхъ гемангіомъ обычное: полости различной величины наполнены кровью, выстланы эндотеліемъ и раздѣлены соединительнотканными перегородками. Въ межуточной ткани такихъ костныхъ опухолей обыкновенно открываются атрофированныя костныя пластинки (остатки костной ткани), а въ случаѣ *Schöne* — также жировыя клѣтки и отдѣльные міэлоциты. *Шервинскій* (въ случаѣ *Дьяконова*) отмѣтилъ слизистое перерожденіе межуточной соединительной ткани опухоли, а *Истоминъ* (въ изслѣдованной имъ опухоли, — отекъ ея.

Матвѣевъ, *Lücke*, *Politzer*, *Gibelli* и *Münzer* описали опухоли смѣшаннаго строенія, состоявшія какъ изъ сосудистой, такъ и изъ большого количества костной ткани. *Матвѣевъ*

даже причислилъ изслѣдованную имъ опухоль къ остеомамъ и лишь черезъ 3 года послѣ появленія его работы *Дьяконовъ* высказалъ предположеніе, что опухоль *Матвѣева* была комбинаціей остеомы съ ангіомой. *Склифосовскій* (1889), оперировавшій опухоль, описанную *Матвѣевымъ*, присоединился къ мнѣнію *Дьяконова* и высказался, что онъ эту опухоль также „считаетъ за angiom'у“ [1]. *Münzer* (1912) назвалъ изслѣдованную имъ опухоль остео-ангіомой. Отмѣчу, что *Partsch* и *Coenen* просматривали микроскопическіе препараты *Münzer*'а, при чемъ первый назвалъ опухоль osteofibroma, а второй—osteofibroma teleangiectodes. Такого же строенія была, повидимому, опухоль *Gibelli*, которую послѣдній авторъ назвалъ „osteoma teleangiectasico“. *Politzer* считалъ, что часть описанной имъ гемангіомы окостенѣла, тогда какъ *Recklinghausen* (въ случаѣ *Lücke*), наоборотъ, отмѣтилъ разрастаніе гемангіомы изъ окостенѣвшихъ частей.

Отдѣльно по своему микроскопическому строенію стоитъ опухоль, описанная *Nauwerck*'омъ. Авторъ причислилъ ее къ гипертрофическимъ простымъ гемангіомамъ въ виду того, что сосуды, ее составлявшіе, были выстланы мѣстами кубическимъ и даже цилиндрическимъ эндотеліемъ. Но такъ какъ такія же эндотеліальныя клѣтки встрѣчались въ опухоли *Nauwerck*'а и внѣ сосудовъ, въ видѣ кучекъ, то мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ, что описанная этимъ авторомъ опухоль была не чистой гемангіомой, а представляла собой гемангіо-эндотеліому.

Ростъ костныхъ гемангіомъ медленный, но активный (*Lücke*, *Politzer*, *Zajaczkowski*, *Morestin*, *Истоминъ* и др.). *Kaufmann* и *Muthmann* описали быстрый ростъ гемангіомы тѣла позвонка, носившій даже „злокачественный“ характеръ. Наконецъ, *Zajaczkowski* описалъ редицидъ гемангіомы лобной кости послѣ операціи.

Что касается характера роста, то большинство авторовъ высказывается за разрастаніе опухоли „изъ себя“ со сдавленіемъ и послѣдующей атрофіей кости, въ которой появилась опухоль. Одинъ только *Салтыковъ* описалъ „аппозиціонный“

---

[1]) *Склифосовскій*. Пренія по поводу доклада Дьяконова. Л.Х.О.М. 1889. № 5 и 6. р. 4.

ростъ изслѣдованныхъ имъ множественныхъ гемангіомъ тѣлъ позвонковъ.

Относительно хода развитія ангіоматознаго процесса въ костяхъ существуютъ различныя наблюденія.

Politzer наблюдалъ продолжающійся непрерывно ростъ опухоли съ отдавленіемъ мозга, *Kaufmann* и *Muthmann* описали полное замѣщеніе тѣла позвонка опухолью и послѣдовавшій за симъ переломъ его, а *Péan* констатировалъ повторныя кровотеченія изъ костной гемангіомы. *Lücke*, *Politzer* и *Gibelli* описали окостенѣніе изслѣдованныхъ ими гемангіомъ, а многіе другіе авторы указали на атрофію перегородокъ кавернозныхъ гемангіомъ и образованіе кистовидныхъ полостей и костной аневризмы (стр. 197). *Martens* (1908) утверждаетъ, что изъ кавернозныхъ гемангіомъ костей развиваются эндотеліомы, а *Senac* (1884/85), *Lannelongue и Ménard* (1891) и *Schwarz и Chévrier* (1906) предполагали, что изъ ангіомъ вообще и періостальныхъ ангіомъ въ частности могутъ развиться липомы *(?)*.

Наконецъ, укажу на то, что большинство авторовъ, затронувшихъ вопросъ о происхожденіи и образованіи костныхъ гемангіомъ, высказались за ихъ врожденное происхожденіе на почвѣ неправильностей при развитіи сосудистыхъ зачатковъ.

Отмѣчу также, что *Virchow* (въ двухъ случаяхъ) и *Ribbert* наблюдали одновременно съ костными гемангіомами кавернозныя гемангіомы и печени.

Литература. 1790. **Pearson.** Med. communic. London. XI. см. V. p. 369. — 1807. **Reinhold.** по Gräfe. см. V. p. 369. - 1826. **Breschet.** см. стр. 9; V. p. 369. — 1829. **Thomson.** Atlas. см. V. p. 372. — 1830. **Scarpa.** A. gén. méd. XXIII. см. V. и Schöne. — 1838. **Travers.** Med.-chir. T. 21. см. V., Schöne, L.O.E. VII. p. 288. — 1845. **Gross.** Elements of path. anat. см. V. p. 375. — 1846. **Liston.** Pract. surg. см. V. p. 374; Schöne и др. — 1847. **Toynbee.** Lond. med. Gaz. см. V., Schöne и др. — 1847. **Ehrmann.** Musée de la fac. de méd. de Strasbourg. I. см. V., Schöne и др. — 1847. **Verneuil.** Tumeur sanguine etc. см. V., Schöne и L.O.E. VII. p. 288. — 1849. **Stanley.** A treatise on diseases of the bones. см. V., Schöne и др. — 1850. **Rigaud** Gaz. méd. de Strasbourg. № 4. см. V. p. 373, L.O.E. VII. p. 288. M.B. p. 38. — 1854. **Reiche** Deutsche Klinik. № 29. см ibidem — 1854. **Paul.** Die conservative Chirurgie etc. см. V. p. 374. — 1855. **Müller.** Ueber

die erectilen Knochentumoren. I.D. Freiburg. см. Ziegler II. — 1856. **Rokitansky**. Lehrbuch. III Auflage. II. p. 130. — 1856—1862. **Cruveilhier**. см. стр. 23. — 1857. **Bouisson**. Sur les tumeurs pulsatiles. Thèse. Paris. см. Ziegler II. — 1859. **Michaud**. см. стр. 126., Gerth. p. 12. — 1860. **Nélaton**. D'une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os etc. Thèse. Paris. см. V. p. 370, Poncet. p. 984. — 1862. **Weber**. In Pi.B. см. Schöne.—1862. **Schuh**. Ueber die cavernöse Blutgeschwulst im Knochen. Wiener Medizinalhalle. p. 107. см. Schöne.—1863. **Gentilhomme**. Recherches sur la nature des tumeurs pulsatiles des os. Thèse. Paris. см. Poncet, Morestin, Muthmann и др. —1863. **V**. см. стр. 9.—1864. **Richet**. A. gén. méd. см. Poncet. p. 983.—1869. **Moltrecht**. Osteoaneurysma. I.D. Jena. см. Schöne. — 1874. **Robin**. Excision of one half of the hard palate for the removal of an angeioma. Philad. med. times. см. Schöne. — 1876. **Graf**. Ges. Chir. см. Schöne. — 1880. **Gallozi**. Angioma cavernosum etc. A. di Morgagni. XXII. см. Schöne. — 1884/85. **Senac**. Du lipome congénital. Thèse. Paris. см. Schwarz et Chevrier. p. 96. — 1886. **Lannelongue**. Congrés de chirurgie. см. M.B. p. 37.—1886. **Матвѣевъ**. Случай остеомы, развившейся на правой теменной кости. Л.Х.О.М. № 7. p. 331—337. — 1888. **Birnbaum**. Beiträge zur Statistik der Kiefergeschwülste. D.Z. Chir. 28. p. 499. — 1888. **Küster**. Ueber die Neubildungen des Oberkiefers etc. B.kl.W. № 14 и 15. см. V.I.B.—1888. **Nauwerck**. Über einen Fall v. centralem hyperplastischen Kapillarangiom (Telangiektasis simplex hyperplastica) des Oberschenkels. V.A. 111. p. 211—218. — 1888. **Hofmokl**. Wien. med. Presse. № 32. см. M.B. p. 37. — 1889. **Дьяконовъ**. Къ казуистикѣ новообразованій черепа. M.O. XXXI. № 2 и 3. p. 113—119 и Л.Х.О.М. № 5 и 6. p. 27—33. — 1889. **Бобровъ, Склифосовскій, Синицынъ, Шервинскій**. Пренія по поводу доклада Дьяконова. Л.Х.О.М. № 5 и 6. p. 4. — 1889. **Lücke u. Recklinghausen**. Ein Fall von angioma ossificans in der Highmorshöhle. D.Z. Chir. 30. p. 85—90. — 1890. **Roughton**. Med.-chir. T. LXXIII. p. 69. см. M.B. p. 38.—1891. **Tripier**. Acad. de méd. 8. IV. см. M.B. p. 37, Schwarz и Chevrier. p. 98. — 1891. **Lannelongue et Ménard**. Maladies congénitales de la tête et du cou. p. 681. см. Schwarz и Chevrier. p. 96. — 1893. **Politzer**. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. см. L.O.E. III/2. p. 731. — 1893. **Oehler**. Ueber das sogenannte Knochenaneurysma. D.Z. Chir. 37. — 1894. **Pilcher**. Venous Tumor of the Diploe. T. of the Amer. surg. Ass. Philadelphia. XII. p. 283—285. см. C. Path. — 1895. **Gerhardt**. Ueber das Verhalten der Reflexe bei Querdurchtrennung des Rückenmarks. Z. f. N. VI. p. 127. — 1896. **Gibelli**. Sopra un caso di osteoma teleangiectasico del mascellare superiore. Giorn. della R. Acad. di med. di Torino см. L.O.E. V. p. 873. — 1896. **Péan**. Des tumeurs anévrismatiques des os. G.d.H. p. 223. см. Schöne. p. 694. — 1896. **Péan**. Idem. Gaz. méd. de Paris. см. C. Chir. p. 712. — 1896. **M.B**. см. стр. 49. — 1897. **Poncet**. Anévrysmes ou tumeurs pulsatiles des os. In D.R. II. p. 983. — 1898. **Heydenreich**. Tumeurs des machoires d'origine non dentaire. In D.R. IV. p. 851. — 1898. **Лысенковъ**. Топографія и оперативная хирургія черепной полости. Приложеніе къ 22 тому журнала: Хирургія. — 1898. **Schlesinger**. Beiträge zur Klinik der Rückenmarks-u. Wirbeltumoren. Wien. — 1899. **König**. Ueber Angiom im Knochenmark. Ges. Chir.

XXVIII. p. 120. см. C. Chir. — 1899. **Jonnesco**. Un cas d'anévrysme des os. XIII congrès de chirurgie. Paris. см. Morestin. — 1900. **Berger**. R. Chir. см. ibidem. — 1900. **Thévénot**. R. chir. см. ibidem. — 1900. **Naegelsbach**. Ueber die während der letzten 12 Jahre in der Erlangener chir. Klinik zur Behandlung gelangten Oberkiefertumoren. I.D. Jena. см. V.I.B. 35. — 1901. **Zajaczkowski**. Przeglad chir. IV. см. C. Chir. p. 507. — 1901. **Deetz**. Дем. Ges. f. Nat. u. Heilkunde zu Dresden. 23. III. см. M.m.W. p. 1506. — 1902. **Stein**. Zur Statistik u. Operation der Geschwülste des Oberkiefers. A. Chir. 65. p. 490—515. — 1902. **Schmidt**. Angiome der Knochen. L.O.E. VII. p. 288. — 1903. **Gaylord**. On the pathology of so-called bone aneurysms. A.S. Juni. см. C. Chir. p. 1081; J.B. Chir. 1904. p. 167. — 1903. **Furlkröger**. Ueber Ang. cav. u. Mittheilung eines Falles von Ang. cav. der rechten Fusssohle u. des Calcaneus. I.D. Kiel. см. C. Path. — 1903. **Muthmann**. Über einen seltenen Fall von Gefässgeschwulst der Wirbelsäule. V.A. 172. p. 324—344. — 1905. **Schöne**. Über einen Fall von myelogenem Hämangiom des os occipitale. Z. Beitr. VII. Supplement. Festschrift für Arnold. p. 685—701. — 1906. **Schwarz et Chevrier**. Des lipomes ostéoperiostiques. R. chir. p. 76—100 и 260—289. — 1906. **Gerth**. Zur Kasuistik der myelogenen Angiomata der Schädelknochen. I.D. Jena. — 1907. **Gangolphe**. Angiome juxta-synovial du genou droit. Soc. de chir. Lyon. 17. I. Пр. R. chir. XXXV. p. 519. — 1908. **Mauclaire**. Maladies des os. In D.D. V. p. 264. — 1908. **Martens**. Demonstration von einem Tumor des Femur. 12. II. Berl. mediz. Ges. Пр. in B.kl.W. № 8. — 1909. **Saltykow**. Ueber das Angiom der Wirbelsäule. P.G. XIII. p. 370—374. — 1909. **Morestin**. Angiome pulsatile du maxillaire inférieur. Soc. chir. 30. p. 1020—1031. — 1910. **Steward L. Mc. Curdy**. Neoplasms and other tumors involving the maxillary bones. A. S. LII. № 2. p. 186—206. — 1911. **Kaufmann**. Lehrbuch der path. Anat. p. 1183. — 1911. **Истоминъ**. О міэлогенныхъ ангіомахъ черепныхъ костей. Х.м.Ж. XI. № 2. p. 121—125. — 1911. **Ribbert**. Ueber ein Kavernom eines Wirbelkörpers und der Leber. Niederrh. G. f. Natur-u. Heilkunde. Bonn. 13. XI. Пр. in M. Kl. 1912. № 2. p. 84, C. f. Herz-u. Gefässkr. 1912. № 2. p. 54. — 1912. **Münzer**. Osteoangiom des Jochbeins. Breslauer chir. G. 12. V. Пр. in B.kl.W. № 28. p. 1347. — 1912. **Partsch, Coenen**. Пренія по поводу доклада Münzer'a. Ibidem. — **Froriep**. Chir. Kupfertafeln. см. Schöne. — **Ziegler**. см. Schöne. —

ГЛАВА VIII.

Гемангіомы произвольныхъ мышцъ [1]).

Ихъ частота и казуистика. Распредѣленіе мышечныхъ гемангіомъ по полу и возрасту больныхъ. Выясненіе времени, когда впервые замѣчаются эти опухоли. Ихъ ростъ и локализація въ различныхъ мышцахъ организма. Одиночныя и множественныя гемангіомы. Величина, форма и классификація мышечныхъ гемангіомъ. Простыя гемангіомы и ихъ гистологическое строеніе. Кавернозныя гемангіомы и ихъ гистологическое строеніе. Гистогенезъ и этіологія мышечныхъ гемангіомъ.

Первичныя мышечныя гемангіомы вообще считаются не частымъ заболѣваніемъ (*Mauclaire и de Bovis* 1896, *Germe* 1900, *Koch* 1910 и др.). *Virchow* (1863) считалъ эти образованія очень рѣдкими и приводитъ одинъ собственный случай и девять случаевъ изъ литературы (случаи *Liston*'а. *Robin*, *Holmes Coote*, *Demarquay*, *Maisonneuve*, *Denonvilliers*, *Bérard*, *Lebert*'а *и Billroth*'а). *Germe* въ 1900 году собралъ изъ литературы 22 случая [2]), мышечныхъ гемангіомъ, затѣмъ *Sutter* (1905)—46, а *Kolaczek* (1908), продолжившій списокъ *Sutter*'а, довелъ его уже до цыфры 95. *Davis* (1908) въ томъ же году и, повидимому, независимо отъ *Kolaczek*'а, собралъ въ видѣ таблицы опубликованные случаи мышечныхъ гемангіомъ въ количествѣ 153-хъ [3]). Для французскихъ авторовъ

---

[1]) Изъ настоящей главы исключены гемангіомы мышцъ языка, губъ и органа зрѣнія, которыя будутъ разсмотрѣны отдѣльно.

[2]) *Germe* исключилъ изъ своего списка гемангіомы мышцъ языка и губъ.

[3]) Изъ его списка нужно исключить три случая: второй случай

послѣднія двѣ работы, повидимому, остались неизвѣстными, такъ какъ *Koch* недавно (1910) въ диссертаціи, посвященной вопросу о гемангіомахъ поперечно-полосатыхъ мышцъ, указываетъ, что общее число опубликованныхъ случаевъ колеблется между 50 и 60.

Несмотря на значительное число наблюденій, патолого-анатомическая картина гемангіомъ мышечной системы является далеко не точно установленной.

Къ сожалѣнію, въ рядѣ случаевъ микроскопическое изслѣдованіе или совсѣмъ не было произведено или же литературные источники остались для меня недоступными. Въ нижеслѣдующемъ я ограничусь лишь приведеніемъ фамилій авторовъ, описавшихъ такіе случаи: *Müller* 1843, *Holmes Coote* 1852, *Billroth* 1855, *Lebert* 1857, *Maisonneuve* 1865, *Bérard* 1861, *Denonvilliers* 1861, *Nélaton* и *Tillaux* 1861, *Hénocque* и *Demarquay* 1865, *Gurlt* 1863, *Teevan* 1863, *Clarck* 1864, *Péan* 1876, *Vincent* 1877, *Agnew* 1883, *Le Dentu* 1892, *Fonari* 1894, *Ritschl* 1895, (2 случая), *van der Spil* 1895, *Reboul* 1897, *Bayha* 1899 (четвертый случай), *Senn* 1900, *Krogius* 1901, *Roberts* 1901, *Strauch* 1902, *Bellouard* 1903, *Thorne* 1903, *Biblioth* 1903, *Pantaleoni* 1904, *Lichtenauer* 1904, *Rosciano* 1904, *Corneloup* 1904, *Keen* 1905, *Nagatomi* 1905 (6 случаевъ), *Coletti* 1906, *Donati* 1906, *Stonham* 1907, *Heinlein* 1907, *Tédénat* и *Fuster* 1907, *Piccioli* 1908, *Staige Davis* 1908 (шестой случай), *Danielsen* 1909, *Summers* 1909, *Haeker* 1909.

Кромѣ того относительно подобныхъ же случаевъ въ рефератахъ не указанъ годъ публикаціи работъ слѣдующихъ авторовъ: *Allier*, *Bichat*, *Boeckel*, *Delagenière*, *Gross*, *Gussenbauer* (3 случая), *Hulke*, *Karewski* (2 случая), *Legros*, *Lücke*, *Ollier*, *Quénu*, *Richet*, *Tricomi*, *Vautrin*, *Volkmann*.

Въ таблицѣ № 3, помѣщенной въ приложеніи, приведены случаи первичныхъ гемангіомъ произвольныхъ мышцъ, въ описаніи которыхъ имѣются и результаты микроскопическаго изслѣдованія. Въ эту таблицу не вошли гемангіомы мышцъ языка, губъ и органа зрѣнія, приве-

---

Germe (sarcoma) и два случая *Berger*, цитированныхъ 2 раза, одинъ разъ подъ фамиліей оператора и другой разъ какъ II и III случаи *Rigaud*.

денныя мною въ другихъ главахъ, а также нѣкоторые случаи, относительно которыхъ первичный характеръ пораженія мышцъ оказался сомнительнымъ. Къ послѣднимъ относятся слѣдующіе случаи: *Pilzer*'a [1]) (наличность пораженій кожи и подкожной клѣтчатки), *Cruveilhier* [2]) (участіе кожи и другихъ тканей), *Busch*'a [3]), (участіе кожи), *Hippel*'я [4]) (участіе кожи), *Hulke* [5]) (участіе кожи), *Stamm*'a [6]) (участіе кожи), *Küttner*'a [7]) (опухоль развилась въ межмышечной жировой ткани), *Kaufmann*'a [8]) (смѣшанная опухоль), *Ritschl*'я [9]) (обѣ опухоли *Ritschl*'я представляли собою лимфангіомы, причемъ первая опухоль исходила изъ сухожильныхъ влагалищъ), *Heide* [10]) (приведенъ *Davis*'омъ, опухоль лишь проросла мышцу) и *Szendrö* [11]) (опухоль приведена *Koch*'омъ какъ мышечная ангіома, но на самомъ дѣлѣ опухоль располагалась подъ кожей).

Распредѣленіе приведенныхъ въ таблицѣ № 3 (см. приложеніе) случаевъ гемангіомъ произвольныхъ мышцъ по полу и по возрасту больныхъ представлено мною въ таблицѣ XVI (стр. 209).

Полъ, при заболѣваніи мышцъ гемангіомой, повидимому, не имѣетъ особаго значенія: такая опухоль 35 разъ отмѣче-

---

1) *Pilzer*. Zur Genese des Angioma cavernosum. V.A. 1901. 165. p. 427.

2) *Cruveilhier*. Anatomie pathol. du corps humain. T. II. livr. XXIII. pl. III et IV; livr. XXX. pl. V. см. Kolaczek и др.

3) *Busch*. A. Chir. 13. см. Kolaczek.

4) *Hippel*. Demonstr. im naturhist.-med. Verein in Heidelberg. Sitzung v. 28. IV. 1903. см. M. m.W. 1903. p. 1052.

5) *Hulke*. см. Kolaczek.

6) *Stamm*. Beitrag zur Lehre von den Blutgefässgeschwülsten. I.D. Göttingen. 1891.

7) *Küttner*. Kavernöse Angiome des intermuskulären Fettgewebes mit partieller Knochenbildung. B.B. 1906. 51. p. 80.

8) *Kaufmann*. Lehrbuch d. speziellen pathologischen Anatomie. 1911.

9) *Ritschl*. Ueber Lymphangiome der quergestreiften Muskeln. B.B. 1896. 15. p. 99.

10) *Heide*. Ein Fall von linksseitigem cavernösem Angiom der Unterextremität. A. Chir. 1906. p. 827.

11) *Szendrö*. Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum. W. m. W. 1903. № 24. p. 1154.

Таблица XVI.

Полъ	Возрастъ: Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	Неизвѣстно	Всего
мужч.	5	13	14	2	—	1	—	35
женщ.	4	17	13	1	2	—	2	39
неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	5	5
Итого	9	30	27	3	2	1	7	79

на у мужчинъ и 39 разъ у женщинъ. *Davis* нашелъ ихъ у 50 мужчинъ и 53 женщинъ, *Kolaczek*—у 24 мужчинъ и 35 женщинъ. Послѣднiй авторъ на основанiи своихъ цыфръ считаетъ, что гемангiомы мышцъ чаще поражаютъ женщинъ. Приводя это наблюденiе въ связь съ несомнѣнною, по его мнѣнiю, болѣе значительною заболѣваемостью женщинъ и кожными гемангiомами, *Kolaczek* выводитъ заключенiе, что женщины вообще болѣе предрасположены къ образованiю въ ихъ тѣлѣ гемангiомъ. Приведенныя выше цыфры *Davis*'а и наши не позволяютъ такъ рѣшительно высказаться, какъ это сдѣлалъ *Kolaczek*, относительно преимущественнаго пораженiя одного какого-либо пола сосудистыми опухолями мышцъ.

Изученiе возраста больныхъ представляетъ значительный интересъ. Оказывается, что мышечныя гемангiомы подвергаются оперативному лѣченiю обычно въ молодомъ возрастѣ. Изъ приведенной выше таблицы (XVI) видно, что изъ 72 пацiентовъ лишь 6 оказались старше 29 лѣтъ. Эти данныя совершенно совпадаютъ съ наблюденiями *Kolaczek*'а. Для сравненiя я приведу въ видѣ таблицы XVII (стр. 210) свѣдѣнiя *Kolaczek*'а о возрастѣ такихъ больныхъ. Изъ этой таблицы видно, что на 60 случаевъ гемангiомъ мышцъ, собранныхъ изъ литературы *Kolaczek*'омъ, только въ семи больные были старше 30 лѣтъ. *Davis* также насчиталъ только девять гемангiомъ мышцъ у лицъ старше 30 лѣтъ.

Таблица XVII.

	ВОЗРАСТЪ						Всего
	До 10 лѣтъ	Отъ 11 до 20 л.	„ 21 „ 30 „	32 лѣтъ	42, 45 и 47 л.	70 лѣтъ (сл. *Trevan*'а)	
Число случаевъ *Kolaczek*'а	7	30	16	3	3	1	60

Значительно большее значеніе, чѣмъ приведенныя мною свѣдѣнія о возрастѣ больныхъ во время производства имъ операціи удаленія гемангіомы, имѣетъ выясненіе вопроса, когда впервые больными или окружавшими ихъ лицами была замѣчена опухоль. Тутъ же нужно добавить, что опухоли съ такимъ медленнымъ и зачастую безболѣзненнымъ ростомъ, какъ гемангіомы, легко остаются долгое время незамѣченными. Въ видѣ нижеслѣдующей таблицы (XVIII) мною приведены свѣдѣнія, когда впервые опухоль была замѣчена (въ случаяхъ, перечисленныхъ въ таблицѣ *№ 3*, помѣщенной въ приложеніи).

Таблица XVIII.

ПОЛЪ	Возрастъ, когда гемангіома впервые была замѣчена							Всего
	При рожденіи	Отъ 1 до 2 л.	„ 3 „ 5 „	„ 6 „ 9 „	„ 10 „ 14 „	„ 15 „ 19 „	„ 20 „ 25 „	
мужч.	4	3	2	3	4	5	1	22
женщ.	7	—	—	4	5	5	2	23
Итого .	11	3	2	7	9	10	3	45

Оказывается, что въ 1/4 всѣхъ этихъ случаевъ гемангіомы несомнѣнно были врожденными и что болѣе чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ (въ 23 изъ 45) онѣ были замѣчены до десятилѣтняго возраста больныхъ.

Большинство гемангіомъ отличалось медленнымъ ростомъ; обычно указывается, что опухоль медленно росла 2—3—4—5—6 лѣтъ до операціи. Извѣстны также случаи и болѣе продолжительнаго наблюденія опухолей; эти наблюденія показываютъ, что часто ихъ ростъ или совсѣмъ останавливается или же вновь продолжается послѣ очень продолжительной паузы. Отмѣчены случаи, когда опухоли были замѣчены за 10 лѣтъ (случаи 24, 69), за 12 лѣтъ (случаи 30, 48), за 14 лѣтъ (случай 68) и за 18 лѣтъ (случай 71) до операціи. Врожденныя гемангіомы обычно подвергались удаленію въ раннемъ возрастѣ, однако отмѣчаются и такія гемангіомы, которыя долгое время оставались неудаленными, напримѣръ, 23 года (случай 37), 28 лѣтъ (случай 50), 33 года (случай 28) и т. д. Лишь въ немногихъ исторіяхъ болѣзни указывается, что опухоль впервые была замѣчена всего за нѣсколько мѣсяцевъ до операціи (случаи 8, 9, 54, 62, 63, 76 и 77).

Что касается локализаціи мышечныхъ гемангіомъ, то наиболѣе часто онѣ были найдены въ мышцахъ нижнихъ конечностей — 42 раза, рѣже въ мышцахъ верхнихъ конечностей и туловища — по 17 разъ и еще рѣже въ мышцахъ головы—3 раза (въ m. masseter'ѣ). Для сравненія съ приведенными цыфровыми данными мною въ таблицѣ XIX (стр. 212) помѣщены также цыфровыя данныя локализаціи гемангіомъ въ мышцахъ по *Davis*'у и *Kolaczek*'у.

Davis указываетъ, что чаще всего поражается m. quadriceps femoris — 27 разъ, затѣмъ мышцы предплечья—13 разъ, m. masseter — 4 раза и т. д. *Kolaczek* приводитъ очень подробныя данныя относительно распредѣленія локализаціи гемангіомъ въ различныхъ мышцахъ тѣла. Въ число приведенныхъ имъ гемангіомъ мышцъ головы входятъ четыре гемангіомы m. masseter'a, одна гемангіома мышцы языка (случай *Rigaud*)[1]) и одна гемангіома m. recti int. oculi (случай

---

[1]) *Rigaud*. Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitiv. Thèse. Paris. 1903.

Таблица XIX.

Локализація мышечныхъ гемангіомъ	Число случаевъ		
	Davis	*Kolaczek*	Таблица № 3
Голова	17	6	3
Туловище	30	17	17
Верхняя конечн.	42	27	17
Нижняя конечн.	62	42	42
Всего	151	92	79

Bossalino и Hallauer'а)[1]). Наиболѣе часто мышечныя гемангіомы, по мнѣнію *Kolaczek*'а, встрѣчаются въ области нижнихъ конечностей и, въ частности, напчаще въ области m. quadriceps femoris (20 разъ на 42 гемангіомы нижнихъ конечностей). На основаніи разбора собранныхъ мною 79 случаевъ, я могу лишь подтвердить приведенный взглядъ *Davis*'а и *Kolaczek*'а. Большая часть мышечныхъ гемангіомъ локализировалась въ нижнихъ конечностяхъ—42 изъ общаго числа 79. Излюбленнымъ мѣстомъ локализаціи гемангіомъ въ нижнихъ конечностяхъ также оказался m. quadriceps femoris (въ немъ гемангіомы найдены въ 21 случаѣ). Подтверждается также указаніе авторовъ, что всѣ мышцы тѣла могутъ служить мѣстомъ развитія гемангіомъ.

Сторона пораженія была указана въ 50 случаяхъ. На правой половинѣ тѣла гемангіомы располагались 22 раза, на лѣвой — 28 разъ. Повидимому, сторона пораженія никакой роли въ патогенезѣ этого заболѣванія не играетъ.

Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ были найдены одиночныя гемангіомы мышцъ, но распространяются онѣ часто и внѣ предѣловъ одной мышцы (случаи 32, 42, 60, 65, 71 и др.), или мышечной группы (случай 59). Среди приведенныхъ въ таблицѣ *№ 3* случаевъ мышечныхъ гемангіомъ имѣется лишь три наблюденія множественныхъ опухолей.

---

[1]) *Bossalino u. Hallauer.* Ein Fall von subkonjunctivalem Angiom. A.f.O. 1895. XLI. H. 3. p. 186.

Honsell (случай 32) описалъ двѣ гемангіомы въ m. biceps femoris; *Porcile* (случай 65) видѣлъ три опухоли: одну большую, занимавшую fossa infraspinata, другую, меньшую, въ m. triceps brachii и третью, маленькую, въ толщѣ m. supinator longus; наконецъ, *Putti* (случай 57) нашелъ нѣсколько отдѣльныхъ опухолей: одну въ m. glutaeus maximus и medius, величиною съ кулакъ, другую, диффузную, въ m. gastrocnemius и третью въ мышцахъ и кожѣ тыла стопы.

Kolaczek среди 95 мышечныхъ гемангіомъ нашелъ лишь четыре случая множественнаго пораженія мышцъ: вышеприведенный случай *Putti* и случаи *Reboul*, *Lichtenauer*'а и первый случай *Sutter*'а. *Kolaczek* приводитъ мнѣніе *Sutter*'а, по которому въ послѣднемъ случаѣ былъ не рецидивъ опухоли, а скорѣе имѣла мѣсто множественная закладка гемангіомъ, развившихся неодновременно.

На основаніи столь незначительнаго количества наблюдавшихся множественныхъ гемангіомъ можно вывести заключеніе, что множественныя гемангіомы мышцъ принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Величина гемангіомъ мышцъ чрезвычайно различна. Наиболѣе часто въ литературѣ встрѣчается сравненіе величины гемангіомы съ величиной куринаго яйца (10 разъ), затѣмъ грецкаго орѣха (8 разъ), голубинаго яйца (5 разъ), сравненіе съ миндалиной (3 раза), съ $^1/_2$ куринаго яйца, съ вишней и съ фасолью (по 2 раза), съ финикомъ, съ каштаномъ, съ гусинымъ яйцомъ, съ апельсиномъ (случай 45) и съ небольшой тыквой (случай 50). Кромѣ того, попадались сравненія съ мизинцемъ, съ ладонью (2 раза), съ кулакомъ (3 раза), съ вытянутой женской рукой (?) (случай 63) и съ дѣтской головкой (случай 32). Наконецъ, рядъ авторовъ предпочитаетъ измѣреніе: 5×2 cm., $5 \times 5 \times 3$ cm., $6 \times 3 \times 1,5$ cm., $14 \times 7 \times 3$ cm., $10 \times 8,5 \times 5,5$ cm., 21×10 cm. и т. п.

Приведеннаго достаточно, чтобы показать, что величина мышечныхъ гемангіомъ дѣйствительно колеблется въ широкихъ предѣлахъ. Наибольшаго размѣра опухоли занимали на одной сторонѣ туловища почти всѣ мышцы спины (случай 16) или живота (случай 19).

Форма гемангіомъ произвольныхъ мышцъ также представляется очень разнообразной. Однѣ гемангіомы круглыя,

другія вытянутыя, третьи сплющенныя; въ однихъ случаяхъ ихъ поверхность гладкая, въ другихъ — бугристая. Наряду съ этимъ описывается рядъ опухолей, диффузно переходящихъ въ мышечную ткань, при чемъ нельзя установить форму опухоли (случаи 12, 28, 29, 34, 37, 42, 54, 59, 69, 70, 71, 75, 76). Послѣднія гемангіомы не имѣютъ капсулы. Тутъ же нужно указать, что капсула далеко не является необходимою принадлежностью гемангіомъ. Наличность ясной капсулы среди 79 наблюденій отмѣчена всего 9 разъ (случаи 6, 14, 44, 51, 52, 61, 72, 74 и 77). Кромѣ того, описано 3 случая, когда кругомъ опухоли была лишь неполная капсула (случаи 4, 43 и 60). Отсутствіе капсулы отмѣчено въ девяти случаяхъ (20, 48, 49, 50, 64, 79, 8, 27 и 65), при чемъ въ послѣднихъ трехъ гемангіомы тѣмъ не менѣе были ясно отграничены отъ окружавшихъ ихъ мышцъ. Для сравненія я приведу указаніе *Davis*'а, насчитавшаго 15 ограниченныхъ и 31 диффузно распространявшихся мышечныхъ гемангіомъ. Приведеннаго достаточно, чтобы опровергнуть мнѣніе *Rigaud*, по которому первичныя мышечныя гемангіомы всегда ясно ограниченны [1]).

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что большинство мышечныхъ гемангіомъ, повидимому, не имѣетъ собственной капсулы.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію *микроскопической* картины мышечныхъ гемангіомъ, нужно упомянуть о гистологической ихъ классификаціи.

Virchow причислялъ гемангіомы мышцъ къ кавернозному виду сосудистыхъ опухолей, послѣдующіе же авторы обычно различали два вида мышечныхъ гемангіомъ: простыя и кавернозныя. *Sutter* раздѣлялъ ихъ еще на чистыя формы и на формы, сопровождающіяся разрастаніемъ соединительной ткани. Среди собранныхъ этимъ авторомъ случаевъ было всего 26 кавернозныхъ гемангіомъ, изъ которыхъ 11 были чистыя и 15 съ развитіемъ соединительной ткани, и 6 простыхъ, „телеангіэктатическихъ" гемангіомъ, изъ которыхъ 4 были чистыя, а 2 съ разрастаніемъ соединительной ткани. Наиболѣе сложная классификація предложена

[1]) „Les angiomes musculaires primitivs sont toujours circonscrits". *Rigaud*. l. c. p. 27.

итальянскими авторами, съ *Muscatello* во главѣ. Послѣдній авторъ различаетъ капиллярную, артеріальную, венозную и кавернозную форму мышечныхъ гемангіомъ. Если подобное раздѣленіе гемангіомъ по строенію на первый взглядъ и является вполнѣ цѣлесообразнымъ, то на практикѣ оно представляется невыполнимымъ въ виду наличности иногда различныхъ формъ въ одной и той же опухоли. На затруднительность пользованія классификаціей *Muscatello* обратили вниманіе также *Putti*, *Khautz* и другіе авторы.

Отсутствіе общепринятой классификаціи мышечныхъ гемангіомъ и наличность цѣлаго ряда переходныхъ формъ очень затрудняютъ изученіе различныхъ группъ этихъ образованій. Почти всѣ авторы (*Germe*, *Rigaud*, *Koch* и др.) указываютъ на значительную рѣдкость простыхъ мышечныхъ гемангіомъ. *Davis* среди собранныхъ имъ случаевъ нашелъ 14 простыхъ гемангіомъ, 98 кавернозныхъ и 13 смѣшанныхъ. При разборѣ случаевъ, приведенныхъ въ таблицѣ *№ 3*, оказывается, что большинство гемангіомъ—63—принадлежали къ кавернозному типу. Въ двухъ случаяхъ (20 и 23) гистологическій діагнозъ авторами не указывается. Среди остальныхъ 14 случаевъ встрѣчаются шесть капиллярныхъ гемангіомъ (случаи 8, 11, 15, 47, 53 и 62), одна артеріальная (случай 9), одна венозная (случай 10) и шесть смѣшанныхъ: артеріально-капиллярная (случай 16), артеріально-венозная (случай 65), двѣ капиллярно-венозныя (случаи 24 и 25), одна артеріально-венозно-капиллярная гемангіома (случай 30) и одна капиллярно-кавернозная (случай 79). Для удобства я разберу отдѣльно кавернозныя и отдѣльно всѣ остальныя мышечныя гемангіомы, причисляя послѣднія къ простымъ гемангіомамъ.

а) Простыя гемангіомы. Прежде всего нужно указать на то, что случаи 9 и 10 также являются смѣшанными, такъ какъ наряду съ артеріальными и венозными сосудами имѣлись и капилляры. Простыя гемангіомы состоятъ преимущественно изъ капилляровъ и изъ сосудовъ, стоящихъ на границѣ между капиллярами и артеріями или венами, прорастающихъ мышечную ткань. Капиллярные сосуды обычно измѣнены: они удлинены и извиты, затѣмъ часто неравномѣрно расширены до того, что діаметръ ихъ просвѣта, обыч-

но еле замѣтный, достигаетъ ширины 40—60 μ. (*Germe*). Стѣнка этихъ капилляровъ, благодаря появленію нѣсколькихъ рядовъ эндотелія (случаи 11 и 15) или гипертрофіи единственнаго ряда его (случай 8), а также благодаря утолщенію соединительнотканной основы ея (случаи 8 и 47), тоже представляется утолщенной. Разрастающіеся при этомъ капиллярные сосуды, по мнѣнію *Germe*, происходятъ изъ системы межмышечныхъ капилляровъ.

Въ трехъ случаяхъ простыхъ гемангіомъ (8, 25 и 53) отмѣчено также присутствіе очень расширенныхъ полостей, въ одномъ даже кавернознаго характера. Въ случаѣ *Solieri* (сл. 79) одновременно было найдено какъ чрезвычайно сильное разрастаніе капилляровъ, такъ и большое количество участковъ, состоящихъ изъ кавернозныхъ полостей. Такія находки могутъ служить подтвержденіемъ мнѣнія, согласно которому кавернозная форма гемангіомъ является лишь послѣдовательной стадіей развитія простыхъ гемангіомъ. На такомъ предположеніи особенно настаивали *Klebs* и *Rindfleisch*. Эти авторы учили, что при ростѣ простой гемангіомы и расширеніи ея капилляровъ, стѣнки послѣднихъ приходятъ въ соприкосновеніе и отъ взаимнаго давленія истончаются и въ концѣ концовъ разрываются (*Pupovac*). *Rigaud* указываетъ на то, что упомянутое превращеніе происходитъ очень медленно и совершенно пассивно. Горячимъ сторонникомъ приведеннаго мнѣнія является также *Solieri* (случай 79).

Въ двухъ случаяхъ (16 и 24) между сосудами гемангіомъ находились многочисленныя волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ, въ виду чего *Tusini* даже назвалъ свой случай: „rabdo-mio-angioma". Въ двухъ случаяхъ (53 и 62) въ стромѣ опухоли была найдена плотная фиброзная ткань, являвшаяся, по *Cornil*'ю, послѣдствіемъ хроническаго воспаленія. Въ одномъ случаѣ (30) въ стромѣ были костныя бляшки, а въ трехъ (9, 47 и 62)—воспалительныя явленія въ видѣ круглоклѣточнаго инфильтрата. Особый интересъ представляютъ найденные въ двухъ случаяхъ (9 и 62) участки и тяжи изъ гладкихъ мышцъ. Эти мышцы, по мнѣнію авторовъ, происходятъ изъ мышечной оболочки сосудовъ и указываютъ на неправильное разрастаніе послѣднихъ. На-

конецъ, нужно упомянуть объ атрофіи въ окружающихъ опухоль поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волокнахъ (случаи 9, 11, 15, 25 и 62). Эти измѣненія вполнѣ объясняются давленіемъ разрастающейся опухоли.

На основаніи изложеннаго нужно признать, что простыя гемангіомы мышцъ не составляютъ строго патолого-анатомически опредѣленной группы и по своему строенію представляютъ довольно большія отклоненія другъ отъ друга. Несомнѣнно, что причиной неясности въ опредѣленіи этихъ опухолей является значительная ихъ рѣдкость. На ихъ рѣдкость указалъ уже въ 1869 г. *Dibbern*, а въ новѣйшее время—*Krapf* (1898), тогда какъ *Cornil и Ranvier* почему-то считали эти опухоли не столь рѣдко встрѣчающимися.

b) **Кавернозныя гемангіомы.** Гораздо чаще, чѣмъ простыя мышечныя гемангіомы, встрѣчаются кавернозныя, которыя гораздо лучше изучены. Однако, гистологическое ихъ строеніе также представляетъ большое разнообразіе. Я разберу отдѣльно: кавернозныя полости и ихъ содержимое, перегородки между ними, соединительную, мышечную и жировую ткань, а также различныя другія составныя части опухолей, наконецъ, мышечную ткань, окружающую опухоль.

Кавернозныя полости очень часто располагаются группами въ видѣ долекъ; онѣ самой различной величины и формы. Иногда долекъ не видно и опухоль состоитъ изъ сплошь расположенныхъ полостей. Почти всѣ авторы указываютъ, что кавернозныя полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. *Sutter* въ одномъ изъ своихъ случаевъ (51) описалъ многослойный плоскій эпителій. *Ritschl* допускаетъ, что въ нѣкоторыхъ полостяхъ эндотеліальный покровъ можетъ отсутствовать, но другіе авторы съ этимъ не согласны (*Pupovac*, *Riethus* и др.). *Sutter* различаетъ два вида кровяныхъ полостей. Полости одной категоріи, по этому автору, происходятъ изъ неправильно разросшихся венъ и представляются въ видѣ извилистыхъ, иногда лишь щелевидныхъ полостей, ограниченныхъ разросшейся гладкой мышечной тканью. Полости другой категоріи представляются въ видѣ широкихъ, правильно-круглой или многоугольной формы полостей, наполненныхъ кровью и ограниченныхъ тонкими соединительнотканными перегородками. Эта категорія по-

лостей получается, по мнѣнію *de Quervain* и *Sutter*'а, въ результатѣ застоя крови въ капиллярахъ опухоли.

Содержимымъ полостей является кровь. Обычно видно, что полости биткомъ набиты красными кровяными шариками лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Наряду съ этимъ встрѣчаются отдѣльныя полости, въ которыхъ преобладаютъ бѣлые кровяные шарики, что указываетъ на рѣзкое замедленіе тока крови въ этихъ полостяхъ. Иногда кровь въ полостяхъ свертывается и тогда видны нити фибрина, то отдѣльно расположенныя среди форменныхъ элементовъ, то закупорывающія просвѣтъ полостей. Очень часто въ послѣднемъ случаѣ наступаетъ организація тромбовъ, благодаря разрастанію молодой соединительной ткани изъ стѣнокъ полостей. Тромбы прорастаются также разрастающимися эндотеліальными клѣтками, которыя образуютъ сѣть изъ новообразованныхъ капилляровъ. Вмѣсто тромботическихъ массъ черезъ нѣкоторое время появляется молодая грануляціонная ткань, которая потомъ превращается въ плотную фиброзную соединительную ткань. Многіе авторы (*Schmieden* [1]) 1900, *Kasai* [2]) 1907 и др.) видятъ въ организаціи тромбовъ одинъ изъ исходовъ кавернозныхъ гемангіомъ не только мышцъ, но и остальныхъ органовъ тѣла. Иногда въ тромботическихъ массахъ откладываются соли извести и получаются т. наз. ангіо— или флеболиты. Наличность такихъ „камней“ отмѣчена во многихъ случаяхъ (5, 23, 26, 28, 34, 39, 52, 55, 57, 74 и др.).

Соединительная ткань, входящая въ составъ опухолей, представляется въ различномъ видѣ. Иногда между полостями видны лишь узенькія полоски изъ очень тоненькихъ волоконецъ, выстланныя эндотеліемъ и раздѣляющія полости другъ отъ друга. Нѣкоторые авторы (*Riethus*, *Nowak* и др.) считали, что эти тонкія перегородки являются послѣдствіемъ активной пролифераціи сосудистыхъ стѣнокъ („active Wucherung der Wandelemente der betreffenden Gefässe“) [3]).

---

[1]) *Schmieden*. Ueber den Bau u. die Genese der Lebercavernome. V. A. 1900. 161. p. 373—409.

[2]) *Kasai*. Leberangiome mit Ausgang in Fibrombildung. M. m. W. 1907. № 40. p. 1983—1985.

[3]) *Riethus*. Ueber primäre Muskelangiome. B.B. 42. 1904. p. 477.

Большинство же авторовъ (*Pupovac*, *Putti* и др.) считаетъ, что между полостями получаются перегородки только въ результатѣ атрофіи межуточной ткани.

Относительно происхожденія межуточной соединительной ткани въ интересующей насъ опухоли также существуютъ различныя мнѣнія. *Ribbert* причисляетъ къ составу опухоли и окружающую ее соединительную ткань. *Pupovac* считаетъ первичнымъ процессомъ разрастаніе соединительной ткани и изъ perimysium internum, и изъ круглыхъ клѣтокъ, вышедшихъ изъ сосудовъ (?). Одновременно съ новообразованіемъ соединительной ткани происходитъ, по мнѣнію *Pupovac*'а, разрастаніе также жировой ткани и сосудовъ; поперечно-полосатыя мышцы атрофируются и исчезаютъ, а въ стѣнкахъ сосудовъ исчезаютъ сократительные элементы стѣнокъ. Въ виду ослабленнаго противодѣйствія кровяному давленію со стороны перерожденныхъ сосудистыхъ стѣнокъ, происходитъ расширеніе сосудовъ и атрофія ихъ стѣнокъ. Наоборотъ, *Sutter*, *Heide* (1906) и другіе авторы считаютъ развитіе соединительной ткани вторичнымъ, послѣдующимъ явленіемъ, наступающимъ либо какъ возмѣщеніе погибшихъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ, либо въ результатѣ обратнаго развитія гемангіомъ. (*Putti* считаетъ образованіе соединительной ткани исходомъ воспаленія). Далѣе рядъ авторовъ (*Петровъ*, *Бердяевъ* и др.) приписываютъ волокнистой соединительной ткани самостоятельную, активную роль въ образованіи гемангіомы. *Петровъ* поэтому и говоритъ о „фиброматозномъ компонентѣ новообразованія" [1]). Наконецъ, отмѣчу, что нѣкоторые авторы, напримѣръ *Honsell*, не могли придти къ опредѣленному заключенію о значеніи разрастанія соединительной ткани при образованіи мышечныхъ гемангіомъ.

Среди соединительной ткани довольно часто отмѣчается присутствіе *эластической* (случаи 3, 5, 40, 41, 49, 51, 56, 57, 59, 63, 64, 72 и 74). Отсутствіе ея упоминается *Liston*'омъ (случай 1) и *Sutter*'омъ (случай 50). Большею частью эласти-

---

[1]) *Петровъ*. Ангіомы произвольныхъ мышцъ. Отдѣльн. оттискъ изъ трудовъ клиники проф. Оппеля. 1910. т. I. р. 10.

ческія волокна находили въ перегородкахъ между полостями (случаи 3, 5, 51, 56, 57, 63 и 64). Въ одномъ случаѣ (49) эластическія волокна были среди гладкихъ мышцъ. *Nast-Kolb* (сл. 59) указываетъ на нахожденіе эластическихъ волоконъ въ большихъ количествахъ въ стѣнкахъ сосудовъ опухоли, на незначительное ихъ количество въ межуточной соединительной ткани и на полное ихъ отсутствіе въ тонкихъ перегородкахъ между каверпозными полостями.

Не выяснено также происхожденіе и *жировой ткани*, встрѣчающейся въ гемангіомахъ мышцъ иногда въ значительномъ количествѣ. По мнѣнію *Sutter*'а, жиръ, какъ это наблюдается и вообще въ тѣлѣ, является лишь вторично какъ замѣна атрофированныхъ и перерожденныхъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Другіе авторы, и ихъ большинство (*Pupovac, Keller*, *Riethus*, *Петровъ*, *Бердяевъ* и др.), предполагаютъ, что жировая ткань, на подобіе волокнистой соединительной, является самостоятельнымъ элементомъ среди другихъ тканей гемангіомы, представляя, по *Петрову*, „характеръ липоматознаго разрастанія“ [1]).

Большой интересъ у авторовъ вызвало нахожденіе участковъ *гладкой мышечной ткани*, которая является очень частой находкой и въ собранныхъ въ таблицѣ *№ 3* (см. приложеніе) случаяхъ (найдена въ 23-хъ). Всѣ авторы (*Housell*, *Muscatello*, *Sutter* и др.) согласны въ томъ, что участки изъ гладкой мышечной ткани происходятъ изъ разрастающихся мышечныхъ элементовъ средней оболочки сосудовъ (по *Sutter*'у—венъ, по *Koch*—мелкихъ артерій или венъ). *Петровъ* также настаиваетъ на „новообразовательномъ характерѣ размноженія гладкомышечной ткани въ ангіомахъ волевыхъ мускуловъ“ [2]). Названный авторъ даже предлагалъ для такихъ опухолей особое названіе „ангіо-міома“.

Теперь обратимся къ остальнымъ составнымъ частямъ гемангіомъ, располагающимся въ ихъ межуточной соединительной ткани.

Прежде всего нужно сказать о встрѣчающихся здѣсь

---

[1]) *Петровъ* l. c. p. 9.

[2]) *Петровъ*. l. c. p. 12.

сосудахъ. Они находятся чаще въ периферическихъ частяхъ опухоли и рѣже въ центральныхъ и почти всегда представляютъ рѣзкія измѣненія, главнымъ образомъ въ видѣ утолщенія стѣнокъ. Въ большихъ артеріяхъ *Sutter* наблюдалъ лишь концентрическое утолщеніе мышцъ, *Bénard и Lamy* же не замѣчали въ такихъ артеріяхъ и этихъ измѣненій. Послѣдніе авторы отмѣчаютъ наиболѣе рѣзкія измѣненія въ стѣнкахъ маленькихъ артерій и артеріолъ: эндотелій интимы этихъ сосудовъ представляется то набухшимъ, то располагающимся въ 2—3 ряда клѣтокъ, то, наконецъ, утолщеннымъ до значительнаго уменьшенія и даже совершеннаго уничтоженія просвѣта сосудовъ. Media обычно гипертрофируется, при чемъ размножаются то гладкія мышцы, то соединительная ткань. Въ послѣднемъ случаѣ гладкія мышцы атрофируются и исчезаютъ и media безъ особой границы переходитъ въ адвентицію. Послѣдняя также претерпѣваетъ рядъ измѣненій: она утолщается и часто въ ней можно замѣтить значительное увеличеніе объема отдѣльныхъ эластическихъ волоконъ. „Капилляры" въ случаѣ *Bénard и Lamy* представлялись утолщенными: въ нихъ различалась интима изъ 3—4 рядовъ набухшихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ и нѣсколькихъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Слѣдовательно, судя по описанію упомянутыхъ двухъ авторовъ, въ ихъ случаѣ наблюдалось превращеніе капилляровъ въ мелкіе артеріальные сосуды. Измѣненія въ стѣнкахъ венъ, по *Bénard и Lamy* и *Koch*'у, встрѣчаются рѣже. Нѣкоторые авторы даже указываютъ, что въ гемангіомахъ вены встрѣчаются рѣдко, а иногда и совсѣмъ отсутствуютъ (*Koch*). Между тѣмъ *Sutter* описываетъ три стадіи измѣненія стѣнокъ венъ и приводитъ соотвѣтствующіе рисунки. Въ первой стадіи видна равномѣрная концентрическая гипертрофія мышечной, во второй—неправильный ростъ отдѣльныхъ гладко-мышечныхъ пучковъ mediae, при чемъ просвѣтъ венъ дѣлается не равномѣрно щелевиднымъ или звѣздчатымъ. Въ третьей стадіи наблюдается безпорядочное разрастаніе гладко-мышечныхъ пучковъ и цѣлыхъ участковъ уже *внѣ* сосудистыхъ стѣнокъ, при чемъ уже невозможно установить, исходитъ ли ихъ ростъ изъ какой-либо сосудистой стѣнки. *Bénard и Lamy* наблюдали такія же гистологическія картины и тоже указыва-

ютъ, что гладкія мышечныя волокна отдѣляются отъ стѣнки сосудовъ, теряютъ съ ними связь и продолжаютъ разрастаться уже самостоятельно среди соединительной ткани.

Петровъ описалъ въ соединительнотканной стромѣ гемангіомъ небольшія щели, которыя онъ относитъ не къ кровеносной, но къ *лимфатической* системѣ. Такія же щели наблюдали *Pupovac* (четвертый его случай) и *Monzardo*. Нѣкоторые авторы (*Ritschl*, *Nowak* и др.) находили ихъ въ подавляющемъ количествѣ, почему и причислили опухоли съ такими щелями къ лимфангіомамъ. Къ мнѣнію этихъ авторовъ присоединился *Kolaczek*, тогда какъ *Петровъ*, какъ мною уже упомянуто, причисляетъ такія опухоли къ гемангіомамъ. Наличность большого количества лимфатическихъ щелей въ сосудистыхъ опухоляхъ, по моему мнѣнію, говоритъ за смѣшанный ихъ характеръ, а смѣшанныя опухоли, по возможности, мною исключаются изъ разсмотрѣнія въ настоящей работѣ. Поэтому я, по примѣру *Kolaczek*'а и другихъ авторовъ, въ дальнѣйшемъ не буду упоминать о подобныхъ опухоляхъ.

Въ мышечныхъ гемангіомахъ довольно часто встрѣчаются гнѣздныя *скопленія круглыхъ клѣтокъ*. Наличность ихъ отмѣчается въ значительномъ количествѣ случаевъ (среди 79 случаевъ, собранныхъ въ таблицѣ № 3, о нихъ упоминается въ 19). Иногда авторами указывается, что эти скопленія по своему виду напоминаютъ лимфатическіе фолликулы (случаи 19, 54, 63 и др.). Гнѣзда круглыхъ клѣтокъ очень часто располагаются по окружности сосудовъ. *Sutter* указываетъ на частое нахожденіе ихъ въ опухоляхъ вообще; въ гемангіомахъ, по этому автору, они появляются вслѣдствіе разстройствъ кровообращенія. По *Петрову* же, гнѣзда круглыхъ клѣтокъ представляютъ собой „непродифференцированныя эмбріональныя мезенхимныя клѣтки, имѣющія отношеніе къ происхожденію сосудовъ и элементовъ крови“ [1]).

Болѣе рѣдкой составной частью стромы гемангіомъ являются *нервные пучки*. Нужно различать, во первыхъ, большіе нервные стволы, случайно попавшіе въ составъ

---

[1]) *Петровъ*. l. c. p. 13.

опухоли и иногда сдавленные и проросшіе послѣдней, и, во вторыхъ, мелкіе нервные стволики, повидимому, входящіе въ составъ опухоли. Первые были находимы довольно часто, напримѣръ, о нихъ упоминаютъ слѣдующіе авторы: *Demarquay* (n. radialis), *Tillaux* (n. medianus), *Le Dentu*, *Riethus*, *Bajardi* (n. tibialis posticus) и т. д. Маленькіе нервные стволики являются сравнительно рѣдкой находкой. Ихъ описали *Monod*, *Kirmisson*, *Bénard и Lamy*. Нервные пучки обычно располагаются по сосѣдству съ мелкими артеріями или капиллярами въ периферическихъ частяхъ опухоли и имѣютъ нормальный видъ. Въ доступной мнѣ литературѣ я не нашелъ никакихъ указаній на происхожденіе этихъ маленькихъ нервныхъ стволиковъ въ гемангіомахъ.

Также рѣдкой находкой являются *костныя бляшки*. Онѣ были найдены въ большомъ числѣ *Margarucci* (случай 21) и въ единичномъ числѣ *Kolaczek*'омъ (случай 61). *Петровъ* считаетъ весьма правдоподобнымъ предположеніе, что такія костныя бляшки въ гемангіомахъ произошли путемъ метаплазіи соединительной ткани.

Остается еще разсмотрѣть соотношеніе между гемангіомами и *поперечно-полосатыми мышцами*. Волокна послѣднихъ въ однихъ случаяхъ (сл. 5, 6, 14, 40 и др.) были найдены исключительно въ периферическихъ отдѣлахъ гемангіомъ. Въ другихъ же случаяхъ (сл. 3, 4, 45, 46, 48, 50 и др.) поперечно-полосатыя мышечныя волокна открывались не только въ периферическихъ, но и въ центральныхъ мѣстахъ опухоли, между полостями. *Reclus и Magitot* указываютъ, что рѣдко въ подвергающихся изслѣдованію гемангіомахъ съ локализаціей въ мышцахъ не удается найти поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Послѣднія, повидимому захваченныя опухолью, иногда сохраняютъ свое нормальное строеніе, обычно же они представляются болѣе или менѣе рѣзко измѣненными. Наблюдается разбуханіе волоконъ, потеря сперва поперечной, а затѣмъ и продольной исчерченности, потеря окрашиваемости ядеръ и фрагментація волоконъ, а иногда также явленія регенераціи—увеличеніе числа ядеръ. Отмѣчу, что между измѣненными мышечными волокнами обычно открываются участки жировой или молодой волокнистой соединительной ткани.

Вопросъ о *гистогенезѣ* мышечныхъ гемангіомъ нельзя считать рѣшеннымъ. Въ настоящее время почти всѣми принимается, что первичнымъ моментомъ является разрастаніе сосудовъ. Другія теоріи происхожденія гемангіомъ вообще и мышечныхъ въ частности, о которыхъ мною уже было упомянуто выше, какъ, напримѣръ, теоріи *Рокитанскаго* (стр. 6 и 16), *Rindfleisch*'а (стр. 31), *Pilzer*'а (стр. 167 и 170), большинствомъ авторовъ оставлены.

Однако мнѣніе о первичномъ разрастаніи сосудовъ еще не объясняетъ процесса развитія гемангіомъ. Во первыхъ, существуютъ разногласія въ томъ, какіе сосуды растутъ: старые, находившіеся въ данной мышцѣ, или новые, вновь образованные. Далѣе неизвѣстно, изъ какого вида сосудовъ начинается процессъ: изъ капилляровъ, изъ артерій, или изъ венъ? Наконецъ, непонятно образованіе кавернозныхъ полостей, являющихся, по взгляду многихъ авторовъ, непремѣнно послѣдующей стадіей развитія простыхъ гемангіомъ.

Каждое изъ приведенныхъ предположеній имѣетъ своихъ защитниковъ.

Такъ, напримѣръ, *Koch*, хотя и допускаетъ, что сосудистое разрастаніе можетъ исходить изъ артеріолъ или изъ мелкихъ венъ, но главнымъ источникомъ такого разрастанія она считаетъ капилляры, которые уже раньше находились въ мышцахъ. Самостоятельное новообразованіе и разрастаніе капилляровъ изъ спеціальныхъ клѣтокъ („cellules angioplastiques ou vasoformatrices“ [1]) она считаетъ теоретически возможнымъ, но до сихъ поръ не доказаннымъ. Всякая мышечная гемангіома, по мнѣнію *Koch*, *Reclus и Magitot* и многихъ другихъ авторовъ, сперва является капиллярной, простой. Дальнѣйшая ея эволюція въ кавернозную протекаетъ по схемѣ *Rindfleisch*'а: расширеніе сосудовъ, взаимное соприкосновеніе сосудистыхъ стѣнокъ, атрофія и разрывъ послѣднихъ и сліяніе просвѣтовъ сосудовъ въ видѣ сперва небольшихъ и неправильныхъ полостей, а впослѣдствіи большихъ, раздѣленныхъ тонкими соединительнотканными перегородками.

---

[1]) *Koch.* Angiomes des muscles striès. Thése. Paris. 1910. p. 43.

Другіе авторы (*Esmarch*, *Sutter* и др.) связываютъ образованіе гемангіомъ мышцъ съ разрастаніями стѣнокъ венозныхъ сосудовъ.

Третьи авторы (случаи 12, 26, 28, 72, 73 и др.) указываютъ на то, что гемангіомы мышцъ происходятъ изъ венъ, при чемъ нѣкоторые наблюдали всѣ переходныя формы между венами и кавернозными полостями (случай 72). Кромѣ того, рядъ авторовъ упоминаетъ о сообщеніи кавернозныхъ полостей съ просвѣтами венъ (случаи 2, 3, 13, 29, 49, 50 и мн. др.).

Наконецъ, новѣйшіе авторы (*Ильинъ*, *Петровъ* и др.) считаютъ мышечныя гемангіомы истинными новообразованіями, развивающимися изъ сложныхъ эмбріональныхъ зачатковъ.

Совершенно не выясненнымъ является вопросъ объ *этіологіи* кавернозныхъ гемангіомъ мышцъ. Многіе авторы (*Porta*, *Reclus и Magitot* и др.) склонны были видѣть причину ихъ образованія въ травмѣ. Дѣйствительно, травма отмѣчается во многихъ случаяхъ (21, 28, 42, 69, 71, 72 и др.). Въ настоящее время, однако, существуетъ мнѣніе, по которому травма лишь вызываетъ или усиливаетъ ростъ уже раньше имѣвшихся опухолей. Наслѣдственность отмѣчена лишь въ случаѣ *Furlkröger*'а (37), когда у ребенка была найдена мышечная гемангіома на томъ же мѣстѣ, какъ и у матери.

Гораздо большее значеніе въ выясненіи этіологіи этихъ опухолей имѣетъ ученіе о врожденности мышечныхъ гемангіомъ, несомнѣнной въ случаяхъ 31, 35, 36, 37, 47, 50 и 70. Здѣсь же необходимо упомянуть, что большинство больныхъ замѣчали развитіе гемангіомъ именно въ молодости. Въ связи со взглядами авторовъ (*Wardrop* 1818, *Quénu* 1897, *Ribbert*'а 1904, 1908 и др.) на врожденность гемангіомъ вообще, *Riethus* высказался за врожденность и мышечныхъ гемангіомъ. Съ этимъ взглядомъ соглашается большинство новѣйшихъ изслѣдователей (*Reclus и Magitot*, *Ильинъ*, *Петровъ* и др.).

Такимъ образомъ, гемангіомы произвольныхъ мышцъ причисляются большинствомъ авторовъ къ новообразованіямъ, являющимся слѣдствіемъ эмбріональныхъ неправиль-

ностей при развитіи сосудистой системы. Причины, вызывающія упомянутыя неправильности, пока для насъ неуловимы.

Литература. 1818. **Wardrop.** см. стр. 9. — 1843. **Müller.** Über Osteoide. см. Langhans. 1879. — 1843. **Liston.** Med. Chir. T. XXVI. см. Sutter, Kolaczek, Lejars и др. — 1852. **Holmes Coote.** London med. Gazette. p. 412. см. Sutter. — 1854. **Robin.** Gazette méd. de Paris. p. 348. см. Luschka, V. и др. — 1855. **Billroth.** Ueber eine Art der Bindegewebs-Metamorphose der Muskel-und Nervensubstanz. V. A. VIII. p. 260—267. — 1857. **Lebert.** Traité d'anatomie pathologique. I. p 210. см. Kolaczek. Sutter. — 1861. **Maisonneuve.** Union médicale. см. Kolaczek, Sutter. — 1861. **Bérard.** Union médicale. см. V., Kolaczek. — 1861. **Denonvilliers.** Union médicale. см. Kolaczek. 1861. **Nélaton et Tillaux.** Soc. anat. p. 10. см. Quénu, Lejars, Kolaczek. — 1861. **Demarquay.** Union médicale. XI. p. 587; Dictionn. Dechambre. I/XI. p. 117. см. Quénu, Lejars, Rigaud, Kolaczek. — 1863. **Gurlt.** J.B. см. Keller. — 1863. **Teewan.** On tumours in voluntary muscles. Br. a. For. medico-chir. Review. XXXII. p. 509; T. of the pathol. Soc. of London 1864; Ueber die Geschwülste in den willkürlichen Muskeln. Wien. med. Zeitung. 1864. см. Lejars и Kolaczek. — 1863. **Shaw.** см. Honsell, Sutter. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1864. **Clarck.** L. см. Lejars, Kolaczek, Sutter. — 1864. **Campbell - Morgan.** Remarks on some cases of vascular tumour, seated in the muscle. Br. a. For. med. - chir. Review. XXXIII. p. 1187. см. Lejars, Eve, Honsell, Sutter и др. — 1866. **Desprès** Des tumeurs des muscles. Thèse d'agreg. Paris. см. Lejars. — 1875. **Magon.** Ang. circonscr. du fléch. superficiel du bras. Soc. anat. см. Reclus-Magitot, Sutter и др. — 1876. **Péan.** Leçons de clin. chir. Paris. p. 544. см. Davis. — 1877. **Vincent.** Ang. caverneux intramuscul. Lyon médical; Mém. de la Soc. méd. de Lyon. 1878. XVII. p. 2. см. Kolaczek. M.B. p. 164. — 1883. **Agnew.** Agnew's Surgery. Vol. III. p. 389. см. Davis. — 1892. **Le Dentu.** Etudes de clinique chirurgicale. Paris. см. Auvray. p. 840. — 1894. **Fonari.** Raccoglita Med. Forli. IV. S. XXI. p. 433. см. Davis. — 1894. **Muscatello.** Über das primäre Angiom der willkürlichen Muskeln. V. A. 135. H. 2. p. 277—291. — 1894. **Bonnet.** Contribution à l'angiome primitif des muscles striés. Thèse. Toulouse. см. Kolaczek, Hardouin. — 1894. **Petersen.** Ueber das Angioma cavernosum in den Muskeln. I.D Kiel. см. Davis, Kolaczek. — 1895. **Le-Dentu.** Clinique chirurg. de Paris. p. 120. см. Auvray. Solieri. — 1895. **Ritschl.** Ueber Lymphangiome der quergestreiften Muskeln. B.B. № 15. p. 99. — 1895. **van der Spil.** Angiom van den musculus masseter. Geneeskundig Tijidschr. voor Nederlandsch. Indie. Deel 35. Aflev. 5 6. p. 592 - 595. см. Davis, Kolaczek и др. — 1895. **Варнекъ.** Гипертрофическая ангіома прямой мышцы живота. Московск. Хир. Общ. 5. XII. см. B. 1896. № 3. p. 83. — 1896. **Tusini.** Sopra un caso di rabdo mio - angioma del dorso. Archivio per le Scienze med. XX 2.

№ 6. см. C. Path. 1897; L.O.E. VI; V.I.B. 31. — 1896. **M. B.** см. стр. 49. — 1897. **Quénu.** см. стр. 49. — 1897. **Reboul.** Congrès assoc. franc. St. Etienne. см. Kolaczek. — 1897. **Pupovac.** Ein Beitrag zur Casuistik u. Histologie der cavernösen Muskelgeschwülste. A. Chir. 54. p. 555—567. — 1897. **Lejars.** Néoplasmes des muscles. In D.R. I. p. 806—807. — 1898. **Steele.** Angioma of the quadriceps extensor of the thigh. Br.m.J. 12. II. p. 432. — 1898. **Margarucci.** Angioma cavernoso ossifico primitivo del muscolo gemello surale. Сборникъ въ честь Durante. III. Roma. см. Kolaczek. — 1898. **Meyer.** Beitrag zur Kasuistik der primären Muskelangiome. I. D. Berlin. см. Germe. — 1898. **Krapf.** Über eine congenitale Gefässgeschwulst von seltener Grösse und Lage. I.D. Freiburg i. Br. — 1899. **Bayha.** Über Muskelangiome und ihre Exstirpation. D.Z. Chir. 51. p. 200. — 1900. **Bajardi.** Beitrag zum Studium der primären Muskelangiome. La clinica moderna. № 43—45. см. C. Path. 1901. p. 325; L.O.E. VII. — 1900. **Germe.** Des angiomes primitifs des muscles striés. Thèse. Paris. — 1900. **Gonne.** Contribution à l'étude des angiomes primitifs des muscles striés. Thèse. Paris. см. C. Path. — 1900. **Senn.** Path. a. Surg. Treat. of Tumors. p. 463. см. Davis. — 1901. **Ali Krogius.** Angiom i musculus masseter. Finska läkaresällskab handlingar. XLIII. p. 930. см. C. Path. — 1901. **Roberts.** Venous angioma of the flexor muscles of the fingers. Proceed. of the pathol. Soc. of Philadelphia. April. см. Davis, Kolaczek. — 1901. **Honsell.** Über einen Fall von Fibromyoangiom des Muskels. B.B. XXXII. 1. p. 259—270. — 1901. **Thorel.** Pathologie der Skelettmusculatur. Geschwülste. L.O.E. VI. p. 744—746. — 1902. **Margarucci.** Sull'angioma primitivo dei muscoli volontari. Il Policlinico (Sez. chir.) IX. 6. p. 533—549. см. Busse, Kolaczek, Solieri и др. — 1902. **Viannay.** Un cas d'angiome du vaste interne de la cuisse. La Province méd. № 35. см. Davis, Kolaczek и др. — 1902. **Strauch.** Intramuskuläres kavernöses Angiom mit eigenartigen Symptomen. D.Z. Chir. LXII. p. 323—324. — 1903. **Monzardo.** Contributo allo studio degli angiomi primitivi dei muscoli volontari. Riv. veneta di scienc. med. Venezia. XXXVIII. p. 542. см. Solieri и др. — 1903. **Mendelsson.** Ueber primäres kavernöses Haemangiom der quergestreiften Muskeln. I.D. Freiburg. см. Kolaczek. — 1903. **Furlkröger.** Über Angioma cavernosum u. Mitteilung eines Falles von Angioma cavernosum der rechten Fusssohle u. des Calcaneus. I.D. Kiel. см. C. Chir. 1904. p. 974. — 1903. **Rigaud.** Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitiv. Thèse. Paris. — 1903. **Bellouard.** см. Rigaud. p. 30. — 1903. **Thorne.** Cavernous angioma of a voluntary muscle. Occidental med. Times. San Francisco. XVIII. см. Davis, Kolaczek. — 1903. **Busse.** Geschwülste der willkürlichen Muskulatur. L.O.E. IX. 1 Abt. p. 1226. — 1903. **Biblioth.** см. Davis, Rigaud. — 1904. **Keller.** Zur Kasuistik u. Histologie der kavernösen Muskelangiome. D.Z. Chir. LXXXIV. p. 574—580. — 1904. **Riethus.** Über primäre Muskelangiome. B.B. 42. p. 454—485. — 1904. **Mahar.** Note sur un cas d'angiome musculaire. Soc. anat. Année 79. № 1. p. 81—83. — 1904. **Alessandri.** Un caso di angioma cavernoso del muscolo trapezio. Il Policlinico. sez. chir. XI. № 3. p. 117. см. C. Chir. 1904. p. 822; Kolaczek и др. — 1904. **Pantaleoni.** Angioma prim. dell. masseter. Bull. Soc. Med. di Bologna. Anno

LXXV. Serie VIII. Vol. IV. Fasc. 10. p. 442. см. Davis, Kolaczek. — 1904. **Lichtenauer.** Ein Fall v. multiplen Muskelangiomen. Wissensch. Verein d. Aerzte zu Stettin. Juni. Ip. in B.kl.W. № 43. p. 1136. — 1904. **Rosciano.** Ang. musc. primitivo del muscolo retto abdominale sin. La Clin. Chirurg. Milano. XII. p. 900. см. Kolaczek. — 1904. **Corneloup.** Sur un cas d'angiome caverneux du vaste interne. Lyon médical. p. 969—971. см. Koch. — 1904. **Auvray.** Angiome musculaire de la portion vaste interne du quadriceps fémoral dont l'évolution clinique a simulé une arthrite de l'articulation du genou. Soc. anat. LXXIX. 6-me série. T. VI. № 10. p. 837—841; Tribune médicale. XXXVII. 1905. — 1904. **Ribbert.** см стр. 50. — 1905. **Keen.** A.S. 1905. II. p. 393. — 1905. **Nagatomi.** Ueber das primäre Angiom des Muskels. Mitteil. d. med. Ges. zu Tokio. Japan. Textausgabe. XIX. p. 1055; XX (1906). p. 373. см. Davis. — 1905. **Sutter.** Beitrag zu der Frage von den primären Muskelangiomen. D.Z. Chir. 76. H. 4/6. p. 368—393. — 1905. **Kirmisson.** Angiome calcifié du triceps crural gauche; importance de la radiographie pour le diagnostic. Soc. chir. XXXI. № 1. p. 19—22. — 1905. **Hardouin.** Les angiomes du quadriceps fémoral. A. gén. I. № 18. p. 1097—1101; Soc. anat. Année 80. Série 6. T. 7. № 3. p. 261—263. — 1906. **Coletti.** Un caso di angioma muscolare primitivo del trapezio. Riforma med. XXII. № 11. p. 290—292. см. Kolaczek. — 1906. **Donati.** Emangioma cavernoso del muscolo soleo. Contributo alla conoscenza degli angiomi primitivi dei muscoli striati. A. per le scienze med. XXX. № 24. см. C. Path. u C. Chir. — 1906. **Reclus et Magitot.** Sur deux cas d'angiomes primitifs des muscles striés. R. chir. XXXIII/I. № 5. p. 709—731. — 1906. **Putti.** Die primären Muskelangiome als Ursachen von Deformitäten. A. Chir. LXXIX. 4. p. 1031—1044. — 1906. **Roberts.** Case of a fibroangioma situated beneath the fourheaded extensor of the leg; with some account of similar muscular tumours. A. S. April. — 1906. **Heide.** см. стр. 173. — 1907. **Wissmann.** Über einen Fall von Muskelangiom. I. D. Bonn. — 1907. **Stonham.** Bland-Sutton's Tumors. см. Davis. — 1907. **Nast-Kolb.** Ein kavernöses Muskelangiom des Unterschenkels. B.B. 55. p. 542—548. — 1907. **Heinlein.** In B.B.M. III Auflage. Bd. V. p. 149. — 1907. **Tédénat et Fuster.** Angiomes primitifs des muscles. Province méd. № 8. см. C. Chir. 1907. p. 606. — 1908. **Kolaczek.** Ueber das primäre Muskelangiom. B.B. 56. H. 2. p. 448—523. — 1908. **Porcile.** Di un caso di angiomi muscolari multiple. Policlinico. Sez. chir. XV. № 7. см. C. Chir. p. 1277. — 1908. **Ильинъ.** Къ казуистикѣ ангіомъ. Р.В. № 48. p. 1615. — 1908. **Piccioli.** Sopra un caso di emangioma primitivo del gastroenemio. La Riforma med. № 40. см. J.B. Chir. XIV. p. 1116. — 1908. **Staige Davis.** Primary haemangiomata of muscle. Johns H.H.B. March. Vol. XIX. № 204. p. 74—88. Содержитъ таблицу 153 мышечныхъ гемангіомъ. — 1908. **Khautz.** Ueber angiomatöse Muskelschwielen. W.kl.W. XXI. № 3. p. 84—87. — 1908. **Ribbert.** см. стр. 50. — 1909. **Bénard et Lamy.** Angiomes profonds douloureux des membres. P.M. № 101. p. 907—910; Angiome profond douloureux de la cuisse gauche.-Présentation des pièces microscopiques. Soc. anat. Séance du 18 mars 1910; LXXXV année. 7-me série. tome XII. № 3. p. 247—250. — 1909. **Danielsen.** Muskelangiom. Allg. med. Centralzeit. № 35. p. 487. см.

J.B. Chir. XV. p. 283. — 1909. **Дѣдовъ**. Рѣдкій случай ангіомы въ толщѣ лучевого разгибателя кисти. Х. XXVI. № 155. р. 556—557. — 1909. **Summers**. Report of a case of gluteal cavernous angioma. Surgery, gynaecology and obstetrics. II. № 3. см. C. Chir. 1909. — 1909. **Hacker**. Primäres Muskelangiom. Verein d. Ärzte Steiermarks. 5. III. Пр. in W.kl.W. 1910. № 32. p. 1190. — 1909. **Spitzy**. см. пренія къ докладу Hacker'a. — 1910. **Bérard et Patel**. Volumineux angiome du psoas. Lyon médical. № 31. см. J.B. Chir. XVI. p. 1344. — 1910. **Петровъ**. Ангіомы произвольныхъ мышцъ. Отд. оттискъ изъ трудовъ клиники проф. Оппеля. т. I. р. 1—22. — 1910. **Koch**. Angiomes des muscles striés. Thèse. Paris. — 1911. **Бердяевъ**. Къ вопросу объ ангіомахъ произвольныхъ мышцъ. Военно-медицинскій журналъ. Томъ CCXXX. Іюнь. р. 243—251. — 1912. **Solieri**. Ueber primäre Angiofibrome der Muskeln als Ursache von Deformitäten. Z. für orthopädische Chirurgie. XXX. p. 416—429. — **Allier, Bichat, Cruveilhier, Delagenière, Gussenbauer, Hulke, Karewski, Lücke, Quénu, Tricomi**. см. Kolaczek. — **Boeckel, Ollier, Vautrin**. см. Rigaud. — **Gross**. Systems of surgery. I. p. 617. см. Davis. — **Legros, Richet**. см. Lejars. — **Volkmann**. Dictionnaire Déchambre. XI. p. 117. см. Lejars, Kolaczek и др. —

ГЛАВА IX.

Гемангіомы пищеварительнаго тракта.

Въ настоящей главѣ изъ доступной мнѣ литературы мною собраны данныя о гемангіомахъ различныхъ отдѣловъ пищеварительнаго тракта. Въ нѣкоторыхъ частяхъ послѣдняго образованія, описываемыя различными авторами подъ названіемъ „гемангіомъ", локализируются почти исключительно въ слизистой и подслизистой оболочкахъ, въ другихъ оказываются захваченными и другія ткани. Для удобства изложенія, весь относящійся сюда матеріалъ мною разбитъ на группы, соотвѣтственно топографическому расположенію этихъ образованій.

А. Гемангіомы полости рта и глотки.

Частота нахожденія и казуистика гемангіомъ языка. Распредѣленіе собранныхъ мною въ таблицѣ № 4 случаевъ гемангіомъ языка по возрасту и полу заболѣвшихъ. Время появленія гемангіомъ языка. Гемангіомы слизистой и подслизистой и гемангіомы мышцъ языка. Ихъ микроскопическое строеніе.—Частота нахожденія и казуистика гемангіомъ губъ. Гемангіомы верхней и нижней губы. Распредѣленіе собранныхъ мною въ таблицѣ № 5 случаевъ гемангіомъ губъ соотвѣтственно возрасту и полу заболѣвшихъ, а также сторонѣ пораженія. Микроскопическое строеніе гемангіомъ губъ.—Казуистика гемангіомъ слизистой щекъ, деснъ, уздечки языка, твердаго и мягкаго неба, язычка, миндалинъ и глотки.

Гемангіомы полости рта локализируются въ области языка, губъ, слизистыхъ оболочекъ щекъ и деснъ и т. д. Большинство гемангіомъ слизистыхъ оболочекъ полости рта и глотки занимаетъ значительныя пространства, захватывая

часто нѣсколько отдѣловъ, напримѣръ, слизистую щеки и губъ, или слизистую языка, щеки и десны и т. п.

Въ нижеслѣдующемъ я разсмотрю случаи сосудистыхъ опухолей, которыя локализировались преимущественно въ какой-либо одной изъ областей полости рта.

1. Гемангіомы языка. Благодаря тому, что языкъ представляетъ собой самостоятельный органъ, имѣющій важное въ функціональномъ отношеніи значеніе и при томъ легко доступный для изслѣдованія, въ литературѣ имѣется большое количество наблюденій надъ патологическими измѣненіями этого органа. Попадаются и описанія сосудистыхъ опухолей языка. *Lefèvre* (1892) собралъ изъ литературы 45 случаевъ гемангіомъ языка, изъ которыхъ 29 были найдены у женщинъ, а 16—у мужчинъ. На основаніи данныхъ этого автора, *Mauclaire u. de Bovis* (1896) причисляютъ гемангіомы къ рѣдкимъ заболѣваніямъ этого органа. Напротивъ, *Arragon* (1883) считаетъ ихъ частыми. Въ пользу мнѣнія послѣдняго автора можно привести цыфровыя данныя изъ статистическихъ работъ *Gurlt*'а (1880) и *Rapok*'а (1890). Первый авторъ насчиталъ 7 гемангіомъ языка среди 177 гемангіомъ вообще, второй же, среди 35 случаевъ гемангіомъ, описалъ одну гемангіому языка и губы (у 20-недѣльной дѣвочки).

Бо́льшая часть случаевъ гемангіомъ языка, собранныхъ изъ литературы *Virchow*'ымъ (1863), *Mauclaire u. de Bovis*'омъ и *мною*, не представляетъ особаго интереса, такъ какъ опухоли, насколько мнѣ извѣстно, или не были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію, или же въ работахъ авторовъ о таковомъ не упоминается. Поэтому, я ограничусь перечисленіемъ только фамилій авторовъ, опубликовавшихъ такія наблюденія. Эти авторы слѣдующіе: *Paletta* 1820, *Brown* 1833, *Reiche* 1836, *Bach* 1841, *Maisonneuve* 1848, *Chassaignac* 1851, *Cruveilhier* 1856/62, *Lebert* 1857, *Nélaton* 1858, *Weeden Cooke* 1865, *Maas* 1868, *Hunter* 1879, *Gurlt* 1880 (семь случаевъ), *Berthod* 1884, *Treves* 1888 (два случая), *Barling* 1889, *Rapok* 1890, *Landerer* 1893, *Hunsy* 1893 (два случая), *Mendel* 1894, *Hunow* 1894, *Peyrot* 1895, *Molènes* 1898, *Kirmisson* 1899, *Lamy* 1900, *Abercrombie* 1902, *Chiari* 1902, *Küster* 1906, *Kelly* 1906, *Riccioli* 1906, *Glas* 1906, *Philipps* 1908, *Kren* 1908, *Ballantyne* 1908, *Heller* 1910, *Kümmel* 1912. Кромѣ того, я приво-

жу имена авторовъ, относительно которыхъ мнѣ не удалось выяснить времени опубликованія ихъ работъ: *Polaillon* (три случая), *Lannelongue*, *Dudoir*, *Tillaux*, *Poncet*, *Clarke*, *Warren Mason*. Послѣдніе 7 авторовъ наблюдали, по *Sendler*'у, множественныя гемангіомы языка.

Многія работы о гемангіомахъ языка остались для меня недоступными не только въ оригиналахъ, но и въ достаточно полныхъ рефератахъ. Въ нижеслѣдующемъ я привожу списокъ авторовъ тѣхъ работъ, которыя остались для меня совершенно недоступными: *Foucher* 1862, *Broca* 1869, *Gaubérini* 1879, *Jullian* 1886, *Yersin* 1886, *Suzanne* 1886, *Contenot* 1887, *Martel* 1889, *Krenn* 1891, *Loomis* 1891, *Lefèvre* 1892, *Hulen* 1895, *Дьяренко* 1899, *Du Castel* 1899, *Михайловъ* 1899, *Chudowszky* 1900, *Hassler* 1900, *Guyot* 1903, *Baumgarten* 1906, *Morestin* 1907.

Въ таблицѣ *№ 4*, помѣщенной въ приложеніи, мною приведены краткія свѣдѣнія о 14 случаяхъ гемангіомъ въ области языка, діагнозъ которыхъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Распредѣленіе этихъ случаевъ по полу и возрасту заболѣвшихъ представлено мною въ нижеслѣдующей таблицѣ (XIX):

Таблица XIX.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ						Всего
	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	Неизвѣстно	
мужч.	—	2	2	1	—	—	5
женщ.	1	1	2	1	3	—	8
неизвѣст.	—	—	—	—	—	1	1
Итого .	1	3	4	2	3	1	14

На такомъ маломъ числѣ наблюденій, какое приведено мною въ таблицѣ XIX, невозможно установить значеніе *пола* при заболѣваніи языка гемангіомами.

При изученіи же *возраста* больныхъ нужно имѣть въ виду, что въ таблицѣ № 4 отмѣченъ возрастъ больныхъ во время производства имъ операціи. Въ четырехъ случаяхъ (2, 3, 4 и 5) отмѣчено, что гемангіомы были врожденныя. Въ другихъ случаяхъ гемангіомы были впервые замѣчены: въ дѣтствѣ (случай 8), у 10-лѣтняго (случай 11), у 16-лѣтняго (случай 13), у 23-лѣтняго (случай 6), у 24-лѣтняго (случай 4) и, наконецъ, у 44-лѣтняго (случай 7). Столь позднее опредѣленіе наличности опухоли объясняется, можетъ быть, ихъ обычно чрезвычайно медленнымъ ростомъ. Легко возможно допустить, что очень маленькій узелокъ въ толщѣ языка, не причиняя никакихъ субъективныхъ ощущеній, долгое время остается совершенно незамѣченнымъ.

Обычно опухоль помѣщается ближе къ верхней поверхности языка, занимая то лѣвую половину его (случаи 1, 7, 12), то правую (случаи 2, 8, 10), то передній отдѣлъ языка (случай 3), то основаніе его (случаи 13, 14).

Въ четырехъ случаяхъ изъ 14-ти гемангіомы языка были множественными (случаи 4, 5, 6 и 11). Упомяну, что *Sendler* считаетъ множественность гемангіомъ языка чрезвычайной рѣдкостью.

Величина и форма гемангіомъ языка очень различны. Ихъ сравнивали съ просянымъ зерномъ (случай 8), съ фасолью (случай 1), съ винной ягодой (случай 7) и, чаще, съ лѣснымъ орѣхомъ (случаи 2, 4, 8). Въ трехъ случаяхъ (3, 9, 12) опухоли представлялись значительной величины и обусловливали сильное увеличеніе объема всего языка.

Классификація гемангіомъ языка представляется очень затруднительной. Трудность ея состоитъ въ томъ, что необходимо различать гемангіомы слизистыхъ оболочекъ и гемангіомы мышцъ языка. Между тѣмъ, въ случаяхъ значительнаго распространенія опухоли очень часто представляется крайне затрудительнымъ, а иногда и совершенно невозможнымъ, установить, откуда гемангіома получила свое начальное развитіе. Кромѣ того, гемангіомы обычно не ограничиваются однимъ языкомъ, а или непосредственно переходятъ на губы, десны, щеки, шею и т. д., или же появляются въ указанныхъ мѣстахъ въ видѣ самостоятельныхъ

узловъ. Такъ, напримѣръ, *Fischer* (1889) наблюдалъ больного, у котораго кавернозная гемангіома шеи проросла всю лѣвую половину языка и подверглась здѣсь фиброзному перерожденію. Въ случаяхъ третьемъ и пятомъ таблицы № 4 были найдены обособленныя гемангіомы языка и губъ, щеки и шеи.

Изъ приведенныхъ въ таблицѣ № 4 случаевъ къ гемангіомамъ *слизистаго* и *подслизистаго* слоя языка можно отнести случаи 1, 2 и 3. Опухоли первыхъ двухъ случаевъ принадлежали къ кавернозному типу гемангіомъ, при чемъ въ одномъ изъ нихъ (случай 2) отмѣчены переходныя формы между расширенныи капиллярами и кавернозными полостями.

Особенный интересъ представляетъ опухоль, описанная *Blumenthal*'емъ (случай 13): она сидѣла на ножкѣ у корня языка и была очень богата соединительной тканью (fibroangioma). Самъ авторъ считалъ свой случай единственнымъ въ литературѣ.

Гемангіомы слизистаго и подслизистаго слоя языка встрѣчаются довольно часто одновременно съ родимыми пятнами лица. *Lamy* (1900) объясняетъ появленіе нѣкоторыхъ гемангіомъ въ области лица неправильностями развитія организма въ зародышевой жизни. Этотъ авторъ различаетъ три большія группы этихъ опухолей, соотвѣтственно тремъ зонамъ эмбріональныхъ ростковъ: ангіомы лобнаго, верхнечелюстного и нижнечелюстного ростковъ (стр. 71). Гемангіомы нижнечелюстного ростка располагаются, по *Lamy*, въ кожѣ въ слѣдующихъ областяхъ: въ нижней губѣ, на подбородкѣ, въ околоушной и жевательной областяхъ (regio masseterica), въ области наружнаго уха и въ надъ-подъязычной области (regio suprahyoidea). Гемангіомы этого же ростка захватываютъ слизистыя нижней губы, десны, задней части мягкаго неба, дужекъ и *языка*. *Lamy* приводитъ собственный случай: у дѣвочки 7 лѣтъ гемангіома занимала на обѣихъ сторонахъ лица какъ кожу, такъ и слизистыя оболочки, соотвѣтственно областямъ, приведеннымъ мною выше. Языкъ представлялся захваченнымъ гемангіомою и увеличеннымъ раза въ четыре. Къ сожалѣнію, въ этомъ случаѣ, какъ и въ большинствѣ подобныхъ ему и довольно часто наблюда-

емыхъ случаевъ, обстоятельнаго микроскопическаго изслѣдованія не пришлось произвести.

Гемангіомы *мышцъ* языка встрѣчаются рѣже. Такъ, напримѣръ, *Riethus* (1904) о нихъ совсѣмъ не упоминаетъ, а *Sutter* (1905) среди 46 и *Kolaczek* (1908) среди 95 мышечныхъ гемангіомъ приводятъ только одинъ случай гемангіомы мышцъ языка, описанный *Rigaud* (сл. 7).

Къ мышечнымъ гемангіомамъ языка относятся восемь случаевъ, приведенныхъ мною въ таблицѣ № 4, (случаи 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12) и, можетъ быть, случай 14-ый. Изъ нихъ въ случаѣ пятомъ гемангіома занимала также правую щеку и переходила на шею; въ остальныхъ опухоль локализировалась исключительно въ языкѣ.

Въ пяти изъ этихъ случаевъ гемангіомы представлялись въ видѣ одиночныхъ опухолей. Три раза (случаи 4 5, 11) наблюдались множественныя гемангіомы.

Что касается *микроскопическаго* строенія, то въ пяти случаяхъ (4, 5, 7, 9 и 11) гемангіомы оказались кавернознаго строенія. Въ двухъ случаяхъ (10 и 14) авторы точно не высказываются относительно характера изслѣдованныхъ ими сосудистыхъ опухолей, но, на основаніи описанія гистологической картины этихъ опухолей, я склоненъ причислить ихъ также къ кавернознымъ гемангіомамъ. Лишь въ случаѣ *Meerwein*'а (12) опухоль состояла частью изъ расширенныхъ, частью изъ новообразованныхъ капилляровъ, которые проросли мышцы языка. *Meerwein* указываетъ, что его случай единственный въ литературѣ.

Особый интересъ представляетъ наличность гладкой мышечной ткани въ трехъ гемангіомахъ (случаи 4, 5 и 14) и эластическихъ волоконъ въ двухъ (случаи 4 и 5). Капсула отмѣчена по окружности опухолей въ двухъ случаяхъ (случаи 4 и 5). Наконецъ, нахожденіе фиброзныхъ участковъ среди ангіоматозныхъ указывается *Heymans*'омъ (случай 14).

Вкратцѣ резюмируя добытыя изъ литературы свѣдѣнія о гемангіомахъ языка, мы видимъ, что чаще встрѣчаются гемангіомы слизистой и подслизистой и рѣже гемангіомы мышцъ. Однако, мы располагаемъ большимъ числомъ микроскопически изслѣдованныхъ гемангіомъ мышцъ языка,

чѣмъ его слизистой. Обыкновенно наблюдается кавернозная форма гемангіомъ. Лишь въ одномъ случаѣ (*Meerwein*'а) опухоль языка оказалась простой гемангіомой (angioma teleangiectaticum). Многія гемангіомы языка несомнѣнно представляютъ собой врожденныя опухоли, что говоритъ за происхожденіе этихъ образованій вслѣдствіе неправильностей развитія строго опредѣленныхъ участковъ (зонъ) зародыша.

Литература. 1820. **Paletta.** Exercit. pathol. Mediol. I. p. 197. см. V. p. 401. — 1833. **Brown.** L. 30. III см. V. p. 400. — 1836. **Reiche.** Rust's Magazin. XLVI. см. V., Hanow и др. — 1841. **Bach.** см. Sendler. — 1848. **Maisonneuve.** Thèse. см. M.B. — 1851/52. **Chassaignac.** Soc. chir. II. p. 157. см. M.B. — 1857. **Lebert.** Traité d'anat. path. II. p. 159. см. V. — 1858. **Nélaton.** Leçons clin. см. Arragon, Sendler и др. — 1856/62. **Cruveilhier.** Traité d'anat. path. gén. II. p. 821. см. M.B. — 1862. **Foucher.** Thèse. Paris. см. M.B. — 1863. **V.** см. стр. 9. — 1865. **Weeden Cooke.** On cancers etc. London. см. V., M.B. — 1868. **Maas.** A. Chir. XIII. p. 426. см. Haubenreisser. — 1869. **Broca.** Traité des tumeurs. II. p. 185. см. M.B. — 1879. **Gaubérini.** см. M.B. — 1879. **Hunter.** T. path. Soc. N.Y. см. M.B. — 1880. **Gurlt.** см. стр. 64. — 1882. **Touailler de Larabrie.** Thèse. Paris. см. Arragon. — 1883. **Arragon.** Angiome des muqueuses. Thèse. Paris. — 1884. **Berthod.** Gaz. méd. de Paris. p. 447. см. M.B. — 1885. **Yersin.** Angiomes de la base de la langue. A. phys. norm. et path. VII. см. Ziegler II; V.I.B. M.B. и др. — 1886. **Jullian.** Thèse. Bordeaux. см. M.B. — 1886. **Suzanne.** Gaz. hébd. des sc. méd. de Bordeaux. см. M.B. — 1887. **Contenot.** Des angiomes de la langue. Thèse. Paris. см. Hanow, M.B. и др. — 1888. **Treves.** Angioma of the mouth and tongue. T.P.S.L. Annual Meeting 3. I. In Br.m.J. 7. I. p. 20. — 1889. **Barling.** L. I. p. 249. см. M.B. — 1889. **Martel.** Soc. chir. 27. III. p. 272. см. M.B. — 1889. **Fischer.** Angio-Fibrom der Zunge. D.Z. Chir. 29. p. 581. — 1890. **Rapok.** см. стр. 64. — 1891. **Loomis.** Angioma of the larynx. Proc. of the N.Y. path. Soc. p. 30. см. Свѣчниковъ. — 1891. **Krenn.** Zur Kasuistik der Hämangiome. Pr.m.W. XVI. № 12. p. 135—137. см. C. Path. p. 603. — 1892. **Lefèvre.** Thèse. Paris. см. M.B. — 1892. **Reverdin et Buscarlet.** Macroglossie par angiome sanguin. R.S.R. № 11. см. V.I.B. 27. II. p. 427. — 1893. **Sendler.** Mittheil. aus d. chir. Abth. der Kahlenb. Stift. zu Magdeburg. 2. Zur Casuistik d. cavernösen Angiome. b) Multiple cavernöse Angiome der Zunge. D.Z. Chir. 36. p. 542. — 1893. **Landerer.** Festschrift für Esmarch. p. 119. см. Meerwein, Kümmel и др. — 1893. **Hansy.** Zur Casuistik u. Therapie der Blutgeschwülste. см. Hanow. — 1894. **Hanow.** Über multiple Cavernome an Zunge u. Lippen. I.D. Berlin. — 1894. **Mendel.** Naevi multiples de la bouche et de la langue. An. derm. № 3. см. Herxheimer. — 1895. **Peyrot.** Soc. chir. XVI. p. 609. см. Lamy. — 1895. **Hulen.** Report of a case of cavernous angioma of the tongue. N.Y. med.

J. LXII. № 17. p. 531. см. C. Path. — 1896. M.B. см. стр. 49. — 1898. **Broca.** Angiomes de la langue. In D.R. V. p. 164—166. — 1898. **Molènes.** Tumeur érectile de la langue. P.m. № 44. см. Kümmel. — 1899. **Дьяренко.** Angioma cavernosum linguae. Еженедѣльникъ. № 14. см. C. Path. — 1899. **Du-Castel.** Angiomes de la face, des mains et de la langue, survenues à un âge avancé. An. derm. I. p. 144. см. C. Path. — 1899. **Kirmisson.** Maladies chirurgicales. p. 562. см. Meerwein. — 1899. **Михайловъ.** Сообщенie въ засѣданiи Общ. дѣтск. врачей въ Москвѣ 15. XII. Пр. см. B. 1900. № 7. p. 219. — 1899. **Morelli.** Zwei merkwürdige Krankheitsfälle aus d. II. laryng. Abtheilung d. S. Rochusspit. Pester med.-chir. Presse. № 47. см. C. Chir. 1900. № 11. p. 318. — 1900. **Lamy.** см. стр. 78. — 1900. **Chudovszky.** Ein Fall von arteriellem Angiom der Zunge. Orvosi Hetilap. № 51—52. (по венгерски). см. C. Path. 1901. — 1900. **Hassler.** Angiome veineux congénital de la langue. J. de méd. de Bordeaux. 30. p. 212—213. см. C. Path. — 1902. **Abercrombie.** Демонстрацiя случая nävus'a зѣва и языка. Br. laryng. Assoc. 7. XI. Semons internat. Zentralbl. 1904. см. L.O.E. X. p. 471. — 1902. **Chiari.** Entzündung in cavernösen Tumoren, venösen Angiomen u. Venengeflechten, gefolgt von Vergrösserung der alten Angiome u. Bildung neuer Venenektasien. W.kl.W. № 14. p. 358. — 1903. **Guyot.** Angiome de la partie latérale gauche de la langue chez un hydrocéphale hérédo-syphilitique. J. de méd. cut. et syph. p. 852. см. C. Path. — 1903. **Rigaud.** см. стр. 227. — 1904. **Riethus.** см. стр. 227. 1905. **Sutter.** см. стр. 228. — 1905. **Morestin.** Angiome de la langue. Soc. anat. Série 6. T. 7. № 10. p. 903—904. — 1905. **Дьяконовъ.** см. стр. 96. — 1906. **Дьяконовъ.** см. стр. 96. — 1906. **Küster.** Zur Behandlung des Zungenkrebses u. die Unterbindung der Carotis externa. A. Chir. LXXXI. — 1906. **Riccioli.** A. ital. di laring. XXVI. p. 67. см. Kümmel. — 1906. **Glas.** Angiofibrom der Zunge. Wien. laryng. Ges. Dez. см. W.kl.W. 1907. — 1906. **Baumgarten.** Haemangioma tonsillae et linguae. C. Lar. XXII. p. 355. см. Kümmel. — 1906. **Kelly.** Multiple telangiectases of the skin a. mucous membranes of the nose and mouth. Glasgow med. J. Juni. см. C. Chir. p. 884—885. — 1907. **Helbing.** Casuistik der muskulären Makroglossie. Jb. K. XLI. см. C. Path. p. 710. — 1907 **Morestin.** Angiomes de la langue, de la lèvre inférieure et du menton. Soc. anat. 82. № 4. p. 354—359. см. C. Path. — 1908. **Kolaczek.** см. стр. 228. — 1908. **Kren.** Дем. W.kl.W. p. 67. — 1908. **Philipps.** A case of multiple teleangiectases. Royal Soc. of Med. 14. 1. In L. 1908/I. p. 160. — 1908. **Ballantyne.** Multiple teleangiectases; three cases in one family. Glasgow med. J. October. см. C. Chir. 1909. p. 199. — 1910. **Meerwein.** Teleangiectasie der Zunge. D.Z. Chir. 104. H. 5/6. p. 577—583. — 1910. **Heller.** Diskussion in der Berl. dermat. Ges 22. XI. Ref. in Derm. Z. 1911. XLIII. H. 3. p. 297. — 1910. **Blumenthal.** Fibroangiom der Zunge. Laryngol. Ges. Berlin. 9. XII. Пр. in B.kl.W. 1911. № 4. p. 190. — 1910. **Heymann.** Diskussion zum Vortrag Blumenthals. Ibidem. — 1912. **Kümmel-Mikulicz.** Die Krankheiten des Mundes. — **Polaillon, Lannelongue, Dudoir, Tilaux, Poncet, Clarke, Warren Mason.** см. Sendler. —

2. **Гемангіомы губъ.** Гемангіомы *губъ* встрѣчаются, по *Lebert*'у (1857), *Porta* (1861) и др., часто, по *Virchow*'у (1863) же чрезвычайно часто („überaus häufig") [1]). Такъ, напримѣръ, *Gurlt* (1880) среди 177 гемангіомъ различныхъ областей человѣческаго тѣла нашелъ 10 гемангіомъ губъ, а *Rapok* (1890)—11 на 36 гемангіомъ наружныхъ покрововъ. По *Bruns*'у, *Mauclaire и de Bovis*'у (1897) и *Lexer*'у (1907), гемангіомы чаще локализируются въ верхней губѣ, а по *Boyer*, *Bouisson* (1869) и др.—въ нижней.

Въ нижеслѣдующей таблицѣ (XX) мною приведены цифровыя данныя пяти авторовъ относительно распредѣленія гемангіомъ въ верхней и нижней губѣ.

Таблица XX.

Годъ	Авторъ	Общее число наружныхъ гемангіомъ	Число гемангіомъ губъ	Число гемангіомъ въ верхней губѣ	Число гемангіомъ въ нижней губѣ
1848	*Lebert*	38	8	6	2
1869	*Dibbern*	111	16	8	8
1880	*Maas*	137	14	10	4
1886	*Trendelenburg*	245	29	16	13
1890	*Rapok*	36	11	7	4
	Итого . .	567	78	47	31

Изъ данныхъ приведенной таблицы (XX) видно, что гемангіомы губъ, повидимому, дѣйствительно чаще локализируются въ верхней губѣ.

Въ большинствѣ случаевъ гемангіомы губъ распространяются какъ на близлежащую кожу лица, такъ и на слизистую оболочку полости рта. Кромѣ того, нерѣдко гемангіомы губъ входятъ въ составъ большихъ сосудистыхъ опухолей, занимающихъ большую часть лица.

---

1) V. p. 348.

Относительно цѣлаго ряда описанныхъ случаевъ гемангіомъ губъ я не располагалъ свѣдѣніями о гистологическомъ ихъ строеніи. Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Acrel* 1777, *Graefe* 1807, *Maunoir* 1820, *Dupuytren* 1834, *Bérard и Denonvilliers* 1847, *Vidal* 1848, *Scarpa* 1852, *Follin* 1861, *Nussbaum* 1861, *Billroth* 1868, *Bouisson* 1869, *Dumbraveanu* 1870, *Maas* 1880, *Gurlt* 1880, *Bryant* 1882, *Lannelongue* 1883, *Machado* 1885. *Bastianelli* 1889, *Rapok* 1890, *Montgomery* 1890, *Орловъ* 1890, *Voigt* 1890 (два случая), *Péan* 1891, *Heins* 1892, *Siegmund* 1893, *Hanow* 1894, *Bittner* 1896, *Constantinoff* 1897, *Rotgans* 1897, *Lamy* 1900, *Hallopeau* 1900, *Chiari* 1902, *Kreibich* 1902, *Kaposi* 1902, *Rabl* 1902, *Weischer* 1902, *Ritter* 1906, *Roberts* 1906, *Harte* 1906, *Martin* 1906, *Philipps* 1908, *Haubenreisser* 1908 (второй случай), *Leiner* 1911, *Dubois Havenith* 1912. Кромѣ того, я привожу имена авторовъ, относительно которыхъ мнѣ не удалось установить времени опубликованія ихъ работъ: *Marcus Aurelius Severinus*, *Manget*, *Bruns*.

Отмѣчу, что *Siegmund* и *Rotgans* описали рацемозныя гемангіомы губъ.

Данныя о *микроскопическомъ* изслѣдованіи гемангіомъ губъ привели, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Arragon* 1883, *Eichler* 1883, *Сарычевъ* 1894, *Riecke* 1902, *Morestin-Faure* 1903, *Дьяконовъ* 1903—1906 (пять случаевъ) и *Haubenreisser-Wolff* 1908. Къ сожалѣнію, въ большинствѣ работъ перечисленныхъ авторовъ не имѣется достаточно подробнаго описанія результатовъ гистологическаго изслѣдованія этихъ опухолей. Краткія свѣдѣнія о случаяхъ, описанныхъ вышеприведенными авторами, собраны мною въ таблицѣ № 5, помѣщенной въ приложеніи.

Въ нижеслѣдующей таблицѣ XXI (см. стр. 230) приведены свѣдѣнія о полѣ и возрастѣ больныхъ, упомянутыхъ въ таблицѣ № 5.

Въ большинствѣ случаевъ опухоли существовали отъ рожденія и часто одновременно съ сосудистыми пятнами лица. Въ случаѣ 7-мъ опухоль появилась только на одиннадцатомъ году жизни, а въ случаѣ 11-омъ—на девятомъ году жизни послѣ травмы.

Во всѣхъ случаяхъ гемангіомы губъ сильно обезобра-

живали больныхъ, которые и прибѣгли къ оперативной помощи.

Таблица XXI.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ						Всего
	До 1 года	отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	
мужч.	—	—	2	4	—	1	7
женщ.	1	1	2	—	—	1	5
Итого .	1	1	4	4	—	2	12

Интересно, что изъ 12 гемангіомъ губъ, собранныхъ въ таблицѣ *№ 5*, большая часть (9 гемангіомъ) локализировалась въ области нижней губы и только три въ области верхней. Почти во всѣхъ случаяхъ гемангіомы не ограничивались одной губой, а распространялись также на сосѣднія области: на кожу щеки, подбородокъ и слизистую рта.

По микроскопическому строенію авторы различали слѣдующіе виды гемангіомъ: кавернозныя—6 случаевъ (1, 3, 4, 6, 9 и 11), простыя—два случая (2 и 12) и naevus vasculosus (случай 5-ый). Въ трехъ случаяхъ (7, 8 и 10) авторы не высказались относительно микроскопическаго діагноза изслѣдованныхъ ими опухолей, а ограничились причисленіемъ послѣднихъ къ „сосудистымъ“. Особый интересъ возбуждаетъ результатъ изслѣдованія *Riecke* (случай 5), нашедшаго въ предѣлахъ распространенія сосудистаго пятна кожи лица и слизистой губъ слѣдующія рѣзкія измѣненія въ эластической ткани кожи: плохая окрашиваемость эластическихъ волоконъ кожи, превращеніе ихъ въ гомогенныя глыбки и постепенное исчезаніе эластическихъ волоконъ кожи.

Резюмируя сказанное, нужно придти къ заключенію, что гемангіомы губъ встрѣчаются довольно часто, являясь,

повидимому, пороками развитія. Къ сожалѣнію, мнѣ только въ 12 случаяхъ удалось найти указаніе на произведенное микроскопическое изслѣдованіе подобныхъ образованій. Наиболѣе часто встрѣчаются большія сосудистыя родимыя пятна лица, распространяющіяся и на губы. Значительно рѣже встрѣчаются кавернозныя гемангіомы губъ, тогда какъ простыя и рацемозныя гемангіомы, повидимому, принадлежатъ къ очень большимъ рѣдкостямъ. Добавлю, что до сихъ поръ рацемозныя гемангіомы, исходящія изъ области губъ, не были изслѣдованы гистологически.

Литература. **Marcus Aurelius Severinus.** см. V., M.B. — 1777. **Acrel.** см. V., Hanow. — 1807. **Graefe.** De notione et cura angiectaseos labiorum etc. I.D. Lipsiae. — 1808. **Онъ-же.** То же по нѣмецки см. V., Hanow. — 1820. **Maunoir.** см. стр. 9. — 1834. **Dupuytren.** Leçons orales de clin. chir. II. см. Arragon. — 1847. **Bérard et Denonvilliers.** Compendium de chirurgie pratique. Paris. I. см. Arragon, Hanow и др. — 1848. **Vidal.** Traité de pathol. ext. Paris. III. p. 701. см. V. — 1852. **Scarpa.** G. d. H. № 50. p. 199. см. M.B. — 1857. **Lebert.** см. стр. 77. — 1861. **Follin.** см. стр. 23. — 1861. **Nussbaum.** см. стр. 135. — 1861. **Porta.** см. стр. 77. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1868. **Billroth.** Chirurgische Erfahrungen. A. Chir. 10. p. 100. см. Hanow. — 1869. **Bouisson.** Lèvres. Dict. encycl. des sciences méd. см. Broca. — 1870. **Dumbravenu.** Recherches sur les tumeurs érectiles etc. Thèse. Paris. см. Arragon. — 1880. **Maas.** см. стр. 78. — 1880. **Gurlt.** см. стр. 64. — 1882. **Bryant.** Guy's Hosp. Rep. XVI. p. 101 и 147. см. M.B. — 1883. **Lannelongue.** см. стр. 78. — 1883. **Arragon.** см. стр. 236. — 1883. **Eichler.** Zwei Fälle von congenitaler Macrochilie der Unterlippe. I.D. Bonn. см. Hanow. — 1885. **Machado.** O Correio Medico de Lisboa. 1.II. см. B. № 21. p. 348. — 1889. **Bastianelli.** Intorno alla cura di un vasto angioma della faccia. Bull. d. Soc. Lancisiana di Roma. Agosto. см. V.I.B. 24/II. p. 400. — 1890. **Rapok.** см. стр. 64. — 1890. **Montgomery.** Bleeding cavernous angioma with commencing epithelioma of the upper lip. Pacif. med. J. S.Fr. XXXIII. p. 715. см. C. Path. — 1890. **Орловъ.** Необычно большая ангіома верхней губы. Русская медицина. № 44. см. V.I.B. — 1890. **Voigt.** Ueber Gefässgeschwülste der Mundrachenhöhle u. des Kehlkopfes. Z.f.L. I. см. Mikulicz-Kümmel. — 1891. **Péan.** G.d.H. Nov. см. Constantinoff. — 1892. **Heins.** Thèse. Paris. см. Constantinoff. — 1893. **Siegmund.** см. стр. 85. — 1894. **Hanow.** Über multiple Cavernome an Zunge und Lippen. I.D. Berlin. — 1894. **Сарычевъ.** см. стр. 163. — 1896. **Bittner.** Grosses Angiom der Mundschleimhaut und der rechten Gesichtshälfte. Pr. m.W. № 32. см. V.I B. 31. — 1896. **Mauclaire et de Bovis.** см. стр. 49. — 1897. **Constantinoff.** Contribution à l'étude des angiomes caverneux externes. Thèse. Montpellier. — 1897. **Rotgans.** см. стр. 85. — 1898. **Bro-**

ca. Tumeurs des lèvres. In D.R. V. p. 88. — 1900. **Lamy**. см. стр. 78. — 1900. **Hallopeau**. Sur un angiome volumineux de la lèvre avec déformation de la face. Bull. de l'acad. de méd. de Paris. Sér. III. T. XLV. p. 672—674. см. C. Path. — 1902. **Chiari**. см. стр. 237. — 1902. **Riecke**. см. стр. 110. — 1902. **Kreibich**. Monströses Angiom des Gesichts. Ges. Aerzte. Wien. 31. I. Пр. in W.kl.W. № 6. p. 161. — 1902. **Riehl** Пренія. ibidem. — 1902. **Kaposi**. Haemangioma cavernosum. Wien. derm. Ges. 29. I. см. W.kl.W. № 33. p. 858. — 1902. **Weischer**. см. стр. 96. — 1903. **Morestin-Faure**. Volumineux angiome de la lèvre inférieure. exstirpation et cheiloplastie. Soc. chir. p. 1201. — 1903. **Напалковъ**. см. стр. 128. — 1904, 1905, 1906. **Дьяконовъ**. см. стр. 96. — 1906. **Ritter**. Zur Entstehung der Neubildungen. M.m.W. № 3. p. 126. — 1906. **Martin**. Extensive angioma of the face. T. of the Philadelphia Acad. of Surg. In A. S. March. p. 453. — 1906. **Roberts**. Пренія. ibidem. — 1906. **Harte**. Пренія. ibidem. — 1907. **Lexer**. In B.B.M. — 1908. **Philipps**. см. стр. 237. — 1908. **Haubenreisser**. Ueber Macrochilie. I.D. Leipzig. — 1908. **Wolf**. Ein Fall von Macrocheilie. B.B. 60. p. 808—814. — 1909. **Wolf**. Zur Kasuistik der Deformitäten des Gesichtsschädels bei angeborener Angiombildung. B.B. 64. p. 130—134. — 1911. **Leiner**. см. стр. 107. — 1912. **Dubois-Havenith**. Ангіома верхней губы. Policlinique. № 12. см. Derm. W. № 27. p. 868. — **Bruns**. см. Haubenreisser. — **Manget**. Bibl. chir. T. IV. Lib. XVII. Cap. 30. p. 94. см. V., Hanow. — **Boyer**. см. Broca. —

---

3. Гемангіомы слизистой щекъ. Гемангіомы слизистой оболочки *щекъ* описали слѣдующіе авторы: *Оппель* 1904, *Collier* 1906, *Fabry* 1911, *Oppenheim* 1911, *Gräffner* 1911 и др. Ни одинъ изъ приведенныхъ авторовъ не упоминаетъ о микроскопическомъ строеніи описанныхъ ими опухолей. Отмѣчу, что въ случаѣ *Oppenheim*'а сосудистое пятно захватило также слизистую десны и кожу щеки, а въ случаѣ *Gräffner*'а naevus angiomatosus занималъ также и область неба.

Литература: 1904. **Оппель**. Случай пещеристой гемангіомы щеки. Р. В. № 38. p. 1269. — 1906. **Collier**. Naevus of cheek. Medical Press. 27 Juni. см. C. Chir. p. 980. — 1911. **Fabry**. см. стр. 89. — 1911. **Oppenheim**. Дем. Wien. derm. Ges. 15. IV. Пр. in M. Kl. № 32. — 1911. **Gräffner**. Ein Fall von Naevus angiomatosus der Wange und des Gaumens. Laryngol. Ges. Berlin. 13. X. Пр. in B.kl.W. № 47. p. 2133. —

---

4. Гемангіомы десенъ и уздечки языка. Чаще гемангіомы *десенъ* развиваются послѣдовательно со щекъ или съ языка, рѣже онѣ появляются самостоятельно. По *Duplay*, въ послѣднемъ

случаѣ онѣ захватываютъ также и кости. Сосудистыя опухоли деснъ описываются рѣдко. Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ указанія на подобныя наблюденія *Salter*'а 1883, *Le Fort*'а 1898 и *Zilz*'а 1912. *Salter* наблюдалъ превращеніе гемангіомы (какой, въ рефератѣ не указано) въ цирсоидную аневризму; *Le Fort* описалъ кавернозную гемангіому у мальчика 10 лѣтъ, а *Zilz* наблюдалъ у 15-лѣтняго мальчика перерожденіе простой гемангіомы въ круглоклѣточную саркому.

Въ послѣднемъ случаѣ опухоль, величиной съ горошину, существовала отъ рожденія; за три недѣли до ея удаленія наблюдалось сильное и быстрое ея увеличеніе, вызванное, повидимому, имѣвшимъ мѣсто ея ушибомъ. Опухоль достигла величины лѣсного орѣха, была бугриста и состояла изъ двухъ долекъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены участки съ большимъ количествомъ новообразованныхъ сосудовъ различнаго діаметра („angioma cavernosum" по терминологіи автора) *(?)*. Мѣстами была видна волокнистая соединительная ткань, среди которой залегали круглыя саркоматозныя клѣтки („angioma sarcomatosum" по терминологіи автора) *(?)*. Кромѣ того, отмѣчалась сильная воспалительная инфильтрація и большое количество кровяного пигмента.

На основаніи данныхъ изслѣдованія и приложенныхъ къ работѣ *Zilz*'а рисунковъ, мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ, что описанная опухоль была соединительнотканная, но очень богатая сосудами. Типичной картины кавернозной гемангіомы авторомъ не представлено.

Тутъ же упомяну о чрезвычайно рѣдкой локализаціи гемангіомы въ области *уздечки* языка. Такую гемангіому наблюдалъ у ребенка *Reinbach* (1897). Къ сожалѣнію, оригиналъ работы этого автора мнѣ не былъ доступенъ.

Литература. 1883. **Salter**. A system of surgery. II. см. Broca. p. 122. — 1897. **Reinbach**. Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten des Kindesalters. B.B. 18. см. V.I.B. 32. — 1898. **Broca**. Maladies des gencives. In D.R. V. — 1898. **Le Fort**. Soc. anat. 28. I. см. C. Path. — 1912. **Zilz**. Kongenitales Hämangiom des Zahnfleisches mit konsekutiver sarkomatöser Entartung. Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde. XXX. Januar. p. 48—56. — **Duplay**. см. Broca.

---

5. Гемангіомы твердаго и мягкаго неба и язычка. Гемангіомы *твердаго неба* въ видѣ отдѣльныхъ опухолей описываются очень рѣдко. Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ

указанія только на одинъ такой случай, описанный *Marmaduke Cheild*'омъ (1896). Этотъ авторъ наблюдалъ частыя и сильныя кровотеченія изъ гемангіомы, развившейся изъ сосудовъ твердаго неба. Авторъ назвалъ удаленную имъ опухоль: „aneurysm by anastomosis". Къ сожалѣнію, въ доступномъ для меня рефератѣ работы *Marmaduke Cheild*'а нѣтъ никакихъ свѣдѣній о микроскопическомъ строеніи этой опухоли.

Опухоли *мягкаго неба* и *язычка* описаны многими авторами. *Schellong*'у (1897) удалось собрать изъ литературы 130 случаевъ такихъ опухолей, среди которыхъ четыре принадлежали къ сосудистымъ.

Гемангіомы мягкаго неба и язычка описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Bide* 1877, *Krishaber* 1877, *Philipps* 1887, *Keimer* 1887, *Ellermann* 1888, *Chipault* 1890, *Roughton* 1890, *Voigt* 1890, *Panzer* 1895, *Lichtenauer* 1896, *Garel* 1905, *Schimmelpfennig* 1905, *Ledermann* 1905, *Schoenemann* 1906, *Bar* 1906, *Onodi* 1909, *Blum* (годъ появленія работы послѣдняго автора у *Broca* не указанъ).

Мнѣ извѣстны данныя о микроскопическомъ изслѣдованіи гемангіомъ, описанныхъ *Krishaber*'омъ, *Ellerman*'омъ. *Schoenemann*'омъ и *Onodi*.

Krishaber описалъ случай опухоли язычка, удаленной у мужчины 51 г. *Le Fort*'омъ и изслѣдованной *Hayem*'омъ. Опухоль сидѣла на ножкѣ, была длиной около 3 cm. и походила на тутовую ягоду. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ множества расширенныхъ капиллярныхъ или мелкихъ венозныхъ сосудовъ. Слизистая надъ опухолями была рѣзко истончена. Діагнозъ: haemangioma cavernosum.

Ellermann изслѣдовалъ у дѣвицы 28 лѣтъ продолговатой формы опухоль, сидѣвшую на ножкѣ и свѣшивавшуюся съ правой небной дуги между миндалиной и язычкомъ. Опухоль была удалена. Въ ножкѣ былъ найденъ большой артеріальный сосудъ. Сама опухоль состояла изъ чрезвычайно расширенныхъ капилляровъ. По діагнозу *Ellermann*'а опухоль была angioma plexiforme. Интересно отмѣтить, что, по мнѣнію автора, опухоль первоначально была простой папилломой, сосуды которой могли постепенно растянуться благодаря отрицательному давленію, получающемуся при актѣ глотанія и сосанія *(?)*.

Schoenemann удалилъ у женщины 57 лѣтъ опухоль мягкаго неба, величиною въ грецкій орѣхъ, занимавшую большую часть лѣвой половины мягкаго неба. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Langhans*) оказалось, что опухоль состояла изъ капилляровъ (haemangioma simplex).

Onodi удалилъ у 33-лѣтней женщины сосудистую опухоль язычка, величиною съ лѣсной орѣхъ. Семь лѣтъ до этого было найдено расширеніе сосудовъ язычка. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль была „ангіомой“.

Такимъ образомъ въ области язычка и мягкаго неба были найдены простыя (*Schoenemann*) и кавернозныя (*Krishaber*) гемангіомы. Въ случаѣ *Onodi* авторъ не высказался относительно характера описанной имъ опухоли. Наконецъ, опухоль *Ellermann*'а, названная этимъ авторомъ angioma plexiforme, по всей вѣроятности, представляла собой фиброму, богатую расширенными сосудами.

Литература. 1877. **Bide**. An. or. lar. p. 206. см. Broca. p. 208. — 1877. **Krishaber**. An. or. lar. см. Arragon. p. 44—45. — 1887. **Philipps**. N.Y. med. Rec. 12. IV. p. 293. см. V.I.B. 22. — 1887. **Keimer**. Ein Fall von Angioma varicosum des Gaumensegels, der linken Mandelgegend und des vorderen Gaumenbodens, geheilt durch Electropunctur. D.m.W. № 33. p. 792. см. V.I.B. 22. — 1888. **Ellermann**. Two rare growths of the soft palate. Br.m.J. 21. I. p. 131. — 1890. **Chipault**. Notes sur la luette. Un kyste mucoïde. Un angiome. Paris. см. C. Path. — 1890. **Roughton**. On blood tumors (angeiomata and angeiosarcomata) of bone. Med. chir. T. 55. p. 69—80. Proc. of the R. medic. chir. Soc. London. II. p. 41—45. см. Schellong. — 1890. **Voigt**. см. стр. 241. — 1895. **Panzer**. Naevus vasculosus palati mollis. Wien. kl. Rundschau. IX. № 26. p. 404. см. L.O.E. III/2. p. 456. — 1896. **Marmaduke Cheild**. A case of aneurysm by anastomosis involving the vessels of the hard palate. L. 15. VIII. см. V.I.B. 31. — 1896. **Lichtenauer**. Über die gutartigen Geschwülste der Uvula. I.D. Greifswald. см. L.O.E. VI. p. 639. — 1897. **Schellong**. Ueber Geschwülste des weichen Gaumens. I.D. — 1898. **Broca**. D.R. V. — 1905. **Garel**. Trois cas de tumeurs télangiectasiques de la gorge. R. lar. № 26. см. C. Chir. p. 1158. — 1905. **Schimmelpfennig**. Ueber Blutgeschwülste in den oberen Luftwegen. I.D. Königsberg. см. V.I.B. — 1905. **Ledermann**. Venous angeioma of the soft palate. C. Lar. XXI. p. 438. см. Mikulicz-Kümmel. 1912. — 1906. **Schoenemann**. Kasuistische Mitteilungen aus der Privatklinik. I. Gestieltes baumnussgrosses Angioma simplex des weichen Gaumens, intermittirende Blutungen aus dem Munde; hochgradige Anämie. A.f.L. XVIII. p. 538—539. — 1906. **Bar**. Angiom des Gaumens. C. Lar. XXII. см. Mikulicz-Kümmel. 1912. — 1909. **Onodi**. Angioma uvulae. M. f. Ohr. 43. p. 851. — **Blum**. см. Broca. —

---

6. Гемангіомы миндалинъ. Гемангіомы встрѣчаются также въ *миндалинахъ* какъ въ слизистой, ихъ покрывающей, такъ и въ самихъ железахъ. По *Ardenne* (1896), въ литературѣ

описано 52 случая доброкачественныхъ опухолей миндалинъ, среди которыхъ имѣется нѣсколько гемангіомъ. *Glas* (1905) приводитъ фамиліи трехъ авторовъ, описавшихъ сосудистыя опухоли миндалинъ.

Гемангіомы миндалевидныхъ железъ описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Voigt* 1890, *Störck* 1895, *Hartmann* 1897, *Martuscelli* 1902, *Kutvirt* 1902, *Baumgarten* 1906 и *Фельдманъ* 1912. Къ сожалѣнію, мнѣ не были доступны ни оригиналы, ни достаточно подробные рефераты работъ упомянутыхъ авторовъ.

Литература. 1890. **Voigt.** см. стр. 241. — 1895. **Störck.** Angioma cavernosum der Mandel. Дем. Wien. lar. Ges. April. см. Glas. — 1896. **Ardenne.** Tumeurs bénignes de l'amygdale. Thèse. Paris. см. V.I.B. 32. p. 151. — 1897. **Hartmann.** A case of angioma of the tonsil. N.Y. med. J. см. Glas. — 1901. **Martuscelli.** Angioma papillomat. ed angioma semplice delle tonsille palatine. A. ital. di Lar. Jan. см. Glas. — 1902. **Kutvirt.** Časopis lékařů českých. № 47—49. см. C. Chir. 1903. p. 596. — 1905. **Glas.** Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren. V.A. 182. p. 91—110. — 1906. **Baumgarten.** см. стр. 237. — 1912. **Фельдманъ.** Случай ангіомы глотки. Общ. ото-рино-ларингологовъ въ Москвѣ. 29. II. Пр. М.О. № 7. p. 701. —

7. Гемангіомы глотки. Гемангіомы *глотки* описали многіе авторы, въ томъ числѣ слѣдующіе: *Norris Wolfenden* 1887, *Lichtwitz* 1895, *Anderson* 1895, *Oppenheimer* (1898), *Peltesohn* 1911, *Blau* 1912, *Фельдманъ* 1912 и *Moure* (годъ появленія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ). Кромѣ того наблюдали гемангіомы глотки, локализировавшіяся въ области *sinus piriformis*, слѣдующіе авторы (преимущественно ларингологи): *Mackenzie* 1871 и 1880, *Fauvel* 1876, *Elsberg* 1884, *Massei-Vitto* 1906 и *Свѣчниковъ* 1908.

Свѣдѣнія о произведенномъ микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей глотки имѣются у меня только относительно случаевъ *Свѣчникова*, *Peltesohn* и *Blau*.

Свѣчниковъ нашелъ при вскрытіи мальчика 13 лѣтъ многочисленныя кавернозныя гемангіомы различныхъ органовъ тѣла, въ томъ числѣ и „кавернозную опухоль величиной съ горошину въ глоткѣ въ верхней части правой грушевидной ямки“ [1]).

[1]) *Свѣчниковъ.* Къ вопросу о возникновеніи и ростѣ множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ. Отд. оттискъ. Р.Х.А. 1908. кн. 1. p. 4.

Peltesohn удалилъ у мужчины 40 лѣтъ опухоль, сидѣвшую на ножкѣ въ области plica salpingo-pharyngea dextra. Размѣры опухоли: 2 cm.×1,5 cm.×0,5 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Hansemann*) найдены подъ утолщенной слизистой кавернозныя полости, наполненныя кровью и мѣстами выстланныя эндотеліемъ. Діагнозъ: angioma pharyngis.

Blau наблюдалъ у взрослой женщины большую гемангіому почти всей слизистой оболочки задней стѣнки глотки. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Fischer*, *Blau*) удаленныхъ небольшихъ кусочковъ, оказалось, что опухоль состояла главнымъ образомъ изъ многочисленныхъ сильно расширенныхъ тонкостѣнныхъ полостей (haemangioma cavernosum).

На основаніи приведенныхъ данныхъ трудно придти къ опредѣленному заключенію относительно строенія и сущности гемангіомъ глотки. Наичаще встрѣчаются и подвергаются изслѣдованію, повидимому, кавернозныя гемангіомы.

Литература. 1871 и 1880. **Mackenzie**. см. литературу главы XII. 2. — 1876. **Fauvel**. см. ibidem. — 1884. **Elsberg**. см. ibidem. — 1887. **Norris Wolfenden**. A case of angioma of the pharynx. Br.m.J. 11.VI. p. 1276. см. V.I.B. 22. — 1895. **Lichtwitz**. M. f. Ohr. 29. p. 330. см. Blau. — 1895. **Andersen**. Angioma of the pharynx. Br.m.J. № 1802. p. 77. — 1898. **Oppenheimer**. Naevus vascularis des Pharynx. Unterelsäss. Aerztever. Strassburg. 25. VI. Ир. in D.m.W. № 38. — 1906. **Massei-Vitto**. Angioma cavernoso del seno piriforme sin. Boll. delle malatt. dell' orecchio. № 6. см. Horn и Müller и др. (гл. XII/2). — 1908. **Свѣчниковъ**. Къ вопросу о возникновеніи и ростѣ множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ. Отд. оттискъ изъ Р.Х.А. кн. 1. — 1911. **Peltesohn**. Дем. Laryng. Ges. Berlin. Ир. in B.kl.W. № 4. — 1912. **Blau**. Ein Fall von Angioma cavernosum der hinteren Pharynxwand. A.f.L. 26. p. 270—272. — 1912. **Фельдманъ**. см. стр. 246. — **Moure**. Angiome congénital du pharynx. Mém. de la soc. de méd. et chir. Bordeaux. p. 337. см. Blau. —

B. Гемангіомы слюнныхъ железъ.

Частота нахожденія доброкачественныхъ опухолей и гемангіомъ слюнныхъ железъ. Отсутствіе описанія гемангіомъ подъязычныхъ железъ. Казуистика гемангіомъ подчелюстныхъ и околоушныхъ железъ. Распредѣленіе собранныхъ мною въ таблицѣ № 6 случаевъ гемангіомъ околоушныхъ железъ по возрасту и полу заболѣвшихъ, а также соотвѣтственно сторонѣ пораженія. Макроскопически замѣтныя особенности и микроскопическое строеніе гемангіомъ околоушныхъ железъ.

Опухоли слюнныхъ железъ описаны въ большомъ количествѣ; особенно часто встрѣчаются такъ называемыя „смѣ-

шанныя" опухоли. Чаще всего опухоли находятся въ околоушныхъ железахъ, значительно рѣже въ подчелюстныхъ и еще рѣже въ подъязычныхъ. *Böhme* (1892) собралъ изъ литературы свѣдѣнія о 411 опухоляхъ слюнныхъ железъ, изъ которыхъ 372 были найдены въ gl. parotis, 34 — въ gl. submaxillaris и только 5—въ gl. sublingualis.

Гемангіомы слюнныхъ железъ описаны лишь позднѣйшими авторами и большинствомъ изслѣдователей считаются не частой находкой. *Kirmisson* (1909), однако, встрѣчалъ ихъ довольно часто: изъ общаго числа 53 больныхъ съ гемангіомами, находившихся подъ его наблюденіемъ, у шести эти опухоли находились въ слюнныхъ железахъ.

Въ *подъязычныхъ* железахъ гемангіомы, повидимому, не наблюдались ни разу. По крайней мѣрѣ, въ доступной для меня литературѣ мнѣ не удалось найти какихъ-либо указаній на подобную локализацію гемангіомъ.

1. Гемангіомы подчелюстныхъ железъ. Въ подчелюстныхъ железахъ гемангіомы являются очень рѣдкой находкой. Напримѣръ, *Ehrich* (1906), сообщая о шести опухоляхъ подчелюстной железы, наблюдавшихся въ хирургической клиникѣ въ Ростокѣ и подробно приведя соотвѣтственную литературу, совсѣмъ не упоминаетъ о гемангіомахъ. *Küttner* (1896) собралъ изъ литературы свѣдѣнія о 97 опухоляхъ подчелюстныхъ железъ, изъ которыхъ 78 подверглись микроскопическому изслѣдованію. При этомъ онъ лишь упоминаетъ, что иногда эти опухоли назывались ангіомами, но случаевъ сюда относящихся онъ не приводитъ. *Chevassu* (1910), написавшій объ опухоляхъ подчелюстныхъ железъ обстоятельную монографію, говоритъ лишь о возможности развитія въ нихъ и гемангіомъ, но самъ относительно такихъ опухолей не приводитъ никакихъ наблюденій. Только *Bourgeois* и *Lenormant* (1909) упоминаютъ о двухъ гемангіомахъ подчелюстной железы. Одну изъ нихъ наблюдалъ *Boeckel*, другую *Kirmisson*. На рисункѣ, изображающемъ больного *Kirmisson*'а [1]), видно, что у молодого человѣка на правой сторонѣ лица одновременно были двѣ опухоли: одна въ области околоушной, а

[1]) Рисунокъ помѣщенъ въ Précis de pathologie chirurgicale par *Bourgeois et Lenormant*. 1909. II. p. 538.

другая въ области подчелюстной железы. *Kirmisson* считалъ обѣ опухоли за гемангіомы. Кромѣ этихъ наблюденій, имѣется еще описаніе *Herzfeld*'а (1893), изслѣдовавшаго опухоль подчелюстной железы, оперированную *Schlange*. *Herzfeld* называлъ эту опухоль ангіофибромой. Однако, въ виду наличности въ опухоли участковъ слизистой и хрящевой ткани, ее, по моему мнѣнію, нужно скорѣе причислить къ смѣшаннымъ, тератоиднымъ опухолямъ.

Литература. 1892. **Böhme**. Zur Casuistik der Speicheldrüsengeschwülste. I.D. Breslau. см. V.I B. 27. — 1893. **Herzfeld.** Ueber Geschwülste der Glandula submaxillaris. I.D. Berlin. см. V.I B. 29. — 1896. **Küttner.** Die Geschwülste der Submaxillar-Speicheldrüse. B.B. XVI. p. 181—256. — 1906. **Ehrich.** Zur Kenntniss der Speicheldrüsentumoren. B.B. 1906. LI. p. 368—496. — 1909. **Kirmisson**. Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. см. Chevassu — 1909. **Bourgeois et Lenormant**. Précis de pathologie chirurgicale. II. — 1910. **Chevassu**. Tumeurs de la glande sous-maxillaire. R. chir. XXX. № 2. p. 145—170 и № 3. p. 450—502. — **Boeckel**, **Kirmisson**. см. Bourgeois и Lenormant. —

---

2. Гемангіомы околоушныхъ железъ. Въ околоушной железѣ описанъ цѣлый рядъ гемангіомъ: *Hartmann* (1889) собралъ изъ литературы 9 такихъ случаевъ, *Lewitt* (1908)—10, *Ittmann* (1909)—13, *Harras и Suchier* (1911)—14 и, наконецъ, *Usui* (1911)—13. *Grulee* (1906), изучая опухоли околоушныхъ железъ у дѣтей, собралъ 27 такихъ случаевъ, изъ которыхъ 13 оказались гемангіомами. Однако, во многихъ изъ вышеприведенныхъ случаевъ не было произведено микроскопическаго изслѣдованія, въ другихъ было невозможно рѣшить съ достовѣрностью, гдѣ гемангіомы развились первично—въ кожѣ или въ самой железѣ. Такіе случаи, по моему мнѣнію, слѣдуетъ совершенно исключить изъ разсмотрѣнія и мною въ нижеслѣдующемъ приведены лишь фамиліи авторовъ, опубликовавшихъ эти случаи. Имена этихъ авторовъ слѣдующія: *Bertin* 1833, *Bérard* 1841 *Duke* 1842, *Birkett* 1851, *Gascoyen* 1860, *Teale* 1867, *Boeckel* 1870, *Waitz* 1877, *Notta* 1880, *Bertin* 1884 (два случая), *Karewski* 1889, *Hartmann* 1889, *Bierfreund* 1889, *Krenn* 1891 (два случая), *König* 1904, *Tuffier* 1905 (три случая), *Lewitt* 1908, (случай *Karewski*). *Kirmisson*

(5 случаевъ), *Lannelongue*, *Morestin*, *Tenon*, *Championnière* (годъ опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ).

Точно установленные и общепризнанные случаи гемангіомъ околоушной железы приведены мною въ таблицѣ *№ 6*, помѣщенной въ приложеніи.

Всего мнѣ удалось найти 18 такихъ случаевъ, въ которыхъ микроскопическое изслѣдованіе установило діагнозъ.

Распредѣленіе носителей этихъ опухолей по возрасту и полу представлено мною въ видѣ нижеслѣдующей таблицы XXII.

Таблица XXII.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ				Всего
	До 1 года	отъ 1 до 3 лѣтъ	21 годъ	30 лѣтъ	
мужч.	3	3	1	—	7
женщ.	7	2	—	1	10
неизвѣст.	1	—	—	—	1
Итого .	11	5	1	1	18

Въ лѣвой железѣ сосудистыя опухоли были найдены девять разъ, въ правой—шесть разъ. Въ трехъ случаяхъ сторона не была указана. Гемангіомы всегда находились только съ одной стороны.

Ростъ гемангіомъ всегда отмѣченъ быстрый. Ко дню операціи онѣ достигали различной величины: отъ величины лѣсного орѣха и сливы до величины яблока и дѣтскаго кулака. Въ случаѣ *Булгакова* (1909) опухоль росла шесть лѣтъ и занимала правую половину шеи. Въ одномъ случаѣ (*Haberer* 1910) послѣ удаленія опухоли очень скоро наступилъ рецидивъ.

Наличность капсулы вокругъ опухоли упоминается въ пяти случаяхъ (*Hartmann, Гагенторнъ* 1908, *Булгаковъ, Arzt* 1911 и *Usui*).

Микроскопическая картина опухолей почти во всѣхъ случаяхъ была одинаковая. Исключенiе составляетъ опухоль, описанная *Pilcher-Jervett*'омъ (1879/80), въ которой была найдена „кавернозная" ткань, и опухоль, удаленная *Дьяконовымъ* (1908), въ которой были найдены „полости, выстланныя эндотелiемъ и наполненныя кровью" [1]). Возможно, что упомянутыя полости представляли собою расширенные капилляры, тѣмъ болѣе, что самъ *Дьяконовъ* назвалъ описанную имъ опухоль только „ангiомой". Опухоль, описанная *Булгаковымъ* и названная имъ почему то „angioma cavernosum" *(?)*, состояла изъ капилляровъ. Всѣ остальныя изъ изслѣдованныхъ микроскопически опухолей околоушной железы представлялись раздѣленными тонкими соединительнотканными перегородками на дольки. Послѣднiя состояли почти исключительно изъ капилляровъ. Часть этихъ капилляровъ имѣла утолщенную стѣнку, состоявшую или изъ нѣсколькихъ слоевъ эндотелiя или изъ одного слоя сочныхъ и высокихъ (кубическихъ) эндотелiальныхъ клѣтокъ. Капилляры этого типа часто представлялись расширенными. Кромѣ того, въ гемангiомахъ околоушной железы иногда наблюдались участки, на первый взглядъ по своему строенiю напоминавшiе саркому. Лишь внимательное изслѣдованiе обнаруживало кое-гдѣ наличность просвѣтовъ между молодыми клѣтками, а иногда и кровь въ этихъ просвѣтахъ. Такимъ образомъ удалось установить эндотелiальный характеръ молодыхъ клѣтокъ и сосудистый характеръ „саркоматозныхъ" участковъ. Слѣдовательно такiе участки состояли изъ молодыхъ капилляровъ, просвѣтъ которыхъ представлялся иногда совершенно незамѣтнымъ. На основанiи этого соображенiя, *Гагенторнъ* причисляетъ къ гемангiомамъ и опухоль *Galler*'а, описанную послѣднимъ какъ саркома околоушной железы.

Во всѣхъ описанныхъ случаяхъ среди ангiоматозной

---

[1]) *Дьяконовъ.* VI обзоръ дѣятельности хир. госп. кл. И. М. У. Работы клин. т. XIV. № 3680. p. 991.

ткани были найдены остатки элементовъ железы, чаще выводныхъ протоковъ, рѣже—секреторныхъ отдѣловъ. Наличность остатковъ железистой ткани является, по *Küttner*'у (1907), обычнымъ явленіемъ „ангіомы слюнной железы“. Измѣненія со стороны железистой ткани, по мнѣнію авторовъ, атрофическаго характера и возникаютъ подъ вліяніемъ давленія, производимаго растущей ангіомой.

Въ опухоляхъ обычно также находятъ расширенныя вены и артеріи съ утолщенными стѣнками, а иногда также остатки жировой ткани и участки круглоклѣточнаго инфильтрата.

Въ пяти случаяхъ (*Hardouin* 1894, *Grulee*, *Ittmann*, *Arzt* и *Usui*) одновременно съ гемангіомами околоушной железы были найдены гемангіомы кожи. Въ случаѣ *Hartmann*'а, у матери ребенка съ гемангіомой околоушной железы имѣлась сосудистая опухоль кожи лица.

Всѣ приведенныя въ таблицѣ *№ 6* гемангіомы были, несомнѣнно, врожденныя. *Булгаковъ* также высказывается за эмбріональный характеръ изслѣдованной имъ опухоли. Причину появленія гемангіомъ, по мнѣнію большинства изслѣдователей, нужно искать во внутриутробномъ порокѣ развитія сосудистаго участка въ околоушной железѣ.

Резюмируя вышеизложенное, нужно признать, что среди гемангіомъ слюнныхъ железъ наиболѣе часто встрѣчаются гемангіомы околоушной железы. Онѣ всегда врожденныя и по своему строенію почти всегда (въ 16 случаяхъ изъ 18-ти) принадлежатъ къ простымъ гемангіомамъ, находящимся въ стадіи усиленнаго роста. Всѣ эти опухоли по клинической и патолого-анатомической картинѣ чрезвычайно похожи другъ на друга.

Литература. 1833. **Bertin.** см. Constantinoff. p. 61. — 1841. **Bérard.** см. Hartmann. — 1842. **Duke.** Prov. med. a. surg. J. см. Ittmann и др. — 1851. **Birkett.** Guy's Hosp. Rep. VII. p. 294. см. Hardouin и др. — 1855. **Boeckel.** см. Hartmann и др. — 1860. **Gascoyen.** T P.S.L. XI. p. 267. см. Ittmann и др. — 1867. **Pridgin Teale.** Royal med. a. surg. Soc. 26. II. Br.m.J. 1. p. 303. см. Hardouin. — 1870. **Boeckel.** см. стр. 78; см. Ittmann. — 1877. **Waitz.** A Chir. XXI. см. Ittmann. — 1879/80. **Pilcher Jervett.** An. of the anat. a. surg. Soc. Brooklyn. I. p. 111. см. Hartmann и др. — 1880,

Notta. Tumeur kystique de la parotide. Soc. chir. см. Ittmann. — 1884. **Bertin**. Concours médical. Paris. p. 525. см. Ittmann. — 1889. **Karewski**. Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters. см. Ittmann и др. — 1889. **Hartmann**. Contribution à l'étude des angiomes de la région parotidienne. R. chir. IX. № 9 и № 10. — 1889. **Bierfreund**. Ueber den Hämoglobingehalt bei chirurg. Erkrankungen mit besonderer Rücksicht auf den Wiederersatz v. Blutverlusten. A.Chir. — 1891. **Krenn**. Zur Casuistik der Hämangiome. Pr.m.W. см. Ittmann. — 1897. **Bidone**. A. di Ortopedia. № 6. см. Harras и Suchier и др. — 1902. **Kaufmann**. см. 1911. — 1904. **König**. Lehrbuch der speziellen Chirurgie. I. — 1904. **Hardouin**. Angiome de la parotide. Soc. anat. LXXXIX. 7-me Série. VI. № 9. p. 714—715. — 1905. **Онъже**. Un cas d'angiome de la parotide. R. méd. XXV. p. 206—213. — 1905. **Tuffier**. Tumeurs artérielles pulsatiles de la région parotidienne. Soc. chir. 29. III.; A. gén. méd. LXXXII. № 14. p. 890. — 1906. **Grulee**. Tumours of the parotid in children. Cook's Hosp. Rep. p. 176. см. V.I.B. 42. 11. p. 778.

1908. **Herxheimer**. Kasuistische Mitteilungen zur Geschwulstlehre. 2. Ueber 2 Fälle von Angiom der Parotis. C. Path. XIX. № 17. p. 709—711. — 1908. **Lewitt**. Ein Beitrag zu den Angiomen der Parotis. B.kl.W. № 5. p. 258—261. — 1908. **Гагенторнъ**. Къ вопросу о гемангіомахъ околоушной слюнной железы. Р.В. VII. № 29. p. 974—975. — 1908. **Дьяконовъ**. см. стр. 96. — 1909. **Ittmann**. Über die Angiome der Parotis. I.D. München. — 1909. **Булгаковъ**. Angioma cavernosum colli. М.О. LXXII. № 14. p. 213—217. — 1910. **Haberer**. Ein Fall von seltenem Parotistumor. 82 Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Königsberg. 18—24. VIII. A. Chir. LXXXXIII. p. 817—828. — 1911. **Harras und Suchier**. Ueber ein Angiom der Parotis. D.m.W. № 11. p. 499. — 1911. **Arzt**. Beiträge zu den gutartigen Tumoren der Kopfregion. I. Haemangioma simplex der Ohrspeicheldrüse. D.Z. Chir. CX. 4—6. p. 532—540. — 1911. **Kaufmann**. Lehrbuch der speziellen pathol. Anatomie. p. 383. (цитированъ случай 1902 г.) — 1911. **Usui**. Ueber die Hämangiome der Parotis. A. Chir. LXXXXVI. 4. p. 1035—1048. — **Tenon**. см. Ittmann и др. — **Championnière**. см Tuffier. — **Kirmisson, Lannelongue, Morestin**. см. Hardouin, Usui и др. — **Galler**. см. Гагенторнъ. —

C. Гемангіомы пищевода и желудочно-кишечнаго тракта.

Отсутствіе описанія гемангіомъ пищевода. Varices пищевода. Рѣдкость нахожденія гемангіомъ желудка: одинъ случай *Lammers*'а. Рѣдкость нахожденія гемангіомъ кишекъ. Флебэктазіи кишекъ и путаница въ ихъ классификаціи. Существующія мнѣнія по вопросу о сущности геморроидальныхъ шишекъ.

1. Гемангіомы пищевода. Гемангіомы этого органа до настоящаго времени еще никѣмъ не описаны. Многіе авторы описали одиночныя или множественныя расширенія венъ

пищевода (varices), которыя часто являются источниками значительныхъ, иногда даже смертельныхъ кровотеченій (*Hanot* 1875, *Eberth* 1880, *Notthaft* 1895, *Kaufmann* 1911 и мн. др.). Въ большинствѣ случаевъ, эти „varices" являются пріобрѣтенными, напримѣръ, при заболѣваніяхъ печени (циррозъ, сифилисъ) или при затрудненіи оттока крови черезъ печеночныя или нижнюю полую вены. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ флебэктазіи пищевода являются врожденнаго происхожденія. „Kongenitale Varicen", пишетъ *Kaufmann*, „sind selten" [1]). Врожденныя флебэктазіи пищевода встрѣчаются при полномъ отсутствіи заболѣваній печени или неправильностей ея кровообращенія. Такіе случаи описали, напримѣръ, *Marchand* (1898), *Schläfke* (1912) и др. Причиной появленія флебэктазій въ послѣднихъ случаяхъ является пониженная сопротивляемость кровяному давленію стѣнокъ венъ какъ слѣдствіе или врожденной, иногда наслѣдственной, слабости ихъ стѣнокъ, или недостаточнаго строенія послѣднихъ. „Für die Entstehung von Oesophagusvarizen", находимъ мы въ рефератѣ работы *Schläfke*, „scheint häufig eine kongenitale Veranlagung der Venenwand von Bedeutung zu sein" [2]).

Литература. 1875. **Hanot.** Varices oesophagiennes, rupture, mort. Soc. anat. p. 147. см. V.I.B. — 1880. **Eberth.** Tödtliche Blutungen aus Varicen des Oesophagus. D.A.kl.M. 27. p. 566. см. Beneke. — 1895. **Notthaft.** Mors subitanea durch Platzen einer varicösen Oesophagusvene. M.m.W. № 15. p. 350. — 1898 **Marchand.** Пренія къ докладу Chiari. P.G. I. p. 20. — 1911. **Kaufmann.** Lehrbuch der pathol. Anatomie. I. — 1912. **Schläfke.** Blutungen aus Oesophagusvarizen. Wiener klin. Rundschau. 1912. № 26/27. Реф. in M.m.W. 1912. № 44. p. 2418. —

2. Гемангіомы желудка. Въ стѣнкахъ желудка часто описываются вторичныя расширенія венозныхъ сосудовъ, такъ называемыя varices (*Le Cronier* 1898, *Letulle* 1898, *Saxer* 1902 и др.). Гемангіома же желудка описана, насколько мнѣ извѣстно, только однимъ авторомъ—*Lammers*'омъ (1893).

---

[1]) *Kaufmann.* Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 1911. I. p. 406.

[2]) *Schläfke.* Blutungen aus Oesophagusvarizen. Wiener klin. Rundschau. 1912. № 26/27. Реф. in M.m.W. 1912. № 44. p. 2418.

Lammers нашелъ при вскрытіи взрослаго мужчины, умершаго отъ язвеннаго эндокардита, въ мышечномъ слоѣ задней стѣнки желудка, въ серединѣ разстоянія между cardia и pylorus'омъ, опухоль, величиною 2 cm. × 1,5 cm., краснаго цвѣта и плотной консистенціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что она состоитъ изъ многочисленныхъ сосудовъ капиллярнаго типа, частью спавшихся, частью расширенныхъ. Въ гладкихъ мышцахъ по окружности опухоли авторъ нашелъ какъ дегенеративныя, такъ и регенеративныя явленія. *Lammers* назвалъ изслѣдованную имъ опухоль angioma simplex.

Интересно, что въ приведенномъ случаѣ слизистая и подслизистая желудка были совершенно не измѣненными. Локализація гемангіомы въ *гладкихъ* мышцахъ представляется величайшей рѣдкостью.

Литература. 1893. **Lammers.** Angioma ventriculi simplex. Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Angiome. I.D. Greifswald. — 1898. **Le Cronier.** A case of gastric varix. T.P.S.L. XXX. p. 32. см. V.I.B. — 1898. **Letulle.** Varices de l'estomac. Soc. anat. 73. Série V. T. XII. 19. p. 669—677. см. C. Path. 1900. p. 745. — 1902. **Saxer.** Beiträge zur Pathologie des Pfortaderkreislaufs. C. Path. XIII. № 15. p. 577—604.

---

3. Гемангіомы кишечника (за исключеніемъ прямой кишки). Доброкачественныя опухоли стѣнокъ кишечника встрѣчаются не часто, гемангіомы же ихъ принадлежатъ къ очень рѣдкимъ находкамъ. На послѣднее явленіе указывалъ и *Virchow* (1863), который никогда не видалъ, напримѣръ, кавернозныхъ гемангіомъ кишечника. „Am D a r m k a n a l", говоритъ *Virchow*, „sind Angiome überaus selten" [1]).

Гемангіомы кишечника описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Gascoyen* 1860, *Laboulbène* 1872, *Thierfelder* 1873, *Mac-Callum* 1906 и *Ohkubo* 1907.

Laboulbène изслѣдовалъ *одиночную* капиллярную гемангіому двѣнадцатиперстной кишки, явившуюся причиной сильныхъ кровотеченій.

Всѣ остальные упомянутые мною авторы описали подъ названіемъ гемангіомъ *множественныя* образованія, разсѣянныя по всему кишечнику и расположенныя преимущественно въ подслизистомъ его слоѣ.

---

[1]) V. p. 399.

Gascoyen нашелъ у мужчины 44 лѣтъ множественныя „родимыя пятна“ (naevi) въ слизистой оболочкѣ кишечника, въ кожѣ, въ печени и въ околоушной железѣ. По *Virchow*'у, эти „naevi“ были кавернозными ангіомами.

Thierfelder описалъ два случая множественныхъ ангіомъ тонкихъ кишекъ. Въ первомъ случаѣ онъ нашелъ около 70 опухолей, во второмъ—около 30 опухолей. Опухоли были темно-синеватаго цвѣта, величиною каждая съ горошину и просвѣчивали какъ черезъ серозную оболочку, такъ и черезъ слизистую. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей оказалось, что онѣ состоятъ изъ многочисленныхъ сосудистыхъ полостей, діаметромъ каждая отъ 0,25 до 0,8 mm. Стѣнки полостей состояли изъ волокнистой соединительной ткани и были выстланы эндотеліемъ. Опухоли представлялись ясно отграниченными, не имѣли капсулы, при чемъ каждая находилась въ связи съ одной артеріей и съ одною веною. По мнѣнію *Thierfelder*'а, описанныя имъ опухоли являются ангіомами.

Mac-Callum при вскрытіи мужчины 54 лѣтъ, умершаго отъ воспаленія легкаго, нашелъ, что стѣнки всѣхъ тонкихъ кишекъ усѣяны многочисленными опухолями, достигавшими до 8 mm въ діаметрѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоли оказались кавернозными гемангіомами, развившимися изъ венъ подслизистаго слоя кишечника.

Наконецъ, *Ohkubo* изслѣдовалъ два случая множественныхъ небольшихъ опухолей подслизистой тонкихъ кишекъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоли состояли изъ многихъ сообщавшихся между собой полостей различной величины и формы, наполненныхъ мѣстами кровью, мѣстами свѣжими тромбами. Стѣнки полостей состояли изъ волокнистой соединительной ткани, гладкихъ мышечныхъ волоконъ и очень многихъ эластическихъ волоконъ. На серіи срѣзовъ *Ohkubo* прослѣдилъ, что описанныя полости непосредственно сообщались съ венами.

При просмотрѣ приведенныхъ мною описаній, бросается въ глаза сходство описываемыхъ „гемангіомъ“ съ образованіями, изученными цѣлымъ рядомъ другихъ авторовъ (*Köster* 1879, *Lilie* 1879, *Orff* 1880, *Sommer* 1896, *Alezais* 1904, *Benneke* 1906 и мн. др.) и названными этими авторами „флебэктазіями“, „кавернозными флебэктазіями“ и „varices“. *Benneke* указалъ, что подобныя множественныя пораженія кишечника описаны приблизительно въ двадцати случаяхъ, а *Alezais* считалъ, что онѣ встрѣчаются въ 3% всѣхъ вскрытій. Эти „флебэктазіи“ также представляются въ видѣ множественныхъ небольшихъ опухолей, расположенныхъ въ подслизистомъ слоѣ преимущественно тонкихъ кишекъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоли оказываются со-

стоящими изъ многочисленныхъ полостей, наполненныхъ кровью и, часто, тромбами. Стѣнки полостей по своему гистологическому строенію напоминаютъ стѣнки венъ, полости же являются, по мнѣнію авторовъ, просвѣтами расширенныхъ подслизистыхъ венъ кишечника. Отмѣчу, что *Benneke* причислилъ описанныя имъ флебэктазіи кишечника къ врожденнымъ образованіямъ (къ порокамъ развитія) и считалъ, что онѣ по своему происхожденію и строенію похожи на кавернозныя гемангіомы печени.

Очевидно, что какъ первая, такъ и вторая группа изъ названныхъ авторовъ наблюдали одинаковыя образованія. Разница только въ томъ, что одни авторы причисляли эти образованія къ гемангіомамъ, другіе же выдѣлили ихъ изъ числа новообразованій и отнесли ихъ къ пассивнымъ расширеніямъ венъ (стр. 49). Добавлю, что *Borst* (1909/11) относитъ одни изъ образованій, описанныхъ подъ названіемъ ангіомъ кишечника, къ истиннымъ новообразованіямъ, другія къ гамартомамъ („Fehlbildung") и, наконецъ, третьи къ пріобрѣтеннымъ флебэктазіямъ.

Наиболѣе правильнымъ является, по моему мнѣнію, взглядъ тѣхъ авторовъ (*Sommer*, *Benneke*), которые, указавъ на отсутствіе вліянія застоя крови въ кишечникѣ на образованіе этихъ „флебэктазій", причисляли ихъ къ врожденнымъ порокамъ развитія. Находясь въ онкологической системѣ на границѣ между истинными новообразованіями и пассивными расширеніями, упомянутыя „флебэктазіи" подслизистыхъ венъ кишечника, повидимому, все-таки стоятъ ближе къ послѣднимъ процессамъ и потому, на мой взглядъ, должны быть выдѣлены изъ отдѣла гемангіомъ.

Литература. 1860. **Gascoyen.** T.P.S.L. XI. p. 267. см. V. p. 368 и 399, Свѣчниковъ, Lammers и др. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1872. **Laboulbène.** Note pour servir l'étude des tumeurs érectiles de l'intestin. Bull. de l'acad. de méd. 2-e série. I. p. 462. см. Orth. p. 855; Benneke и др. — 1873. **Thierfelder.** Ueber multiple Angiome des Dünndarms. A.d.H. 14. см. Lammers, Benneke, Свѣчниковъ и др. — 1879. **Koester.** Ueber Phlebektasie des Darmtractus. B.kl.W. см. Benneke. — 1879. **Lilie.** Ueber Phlebektasien des Darmtractus. I.D. Bonn. см. V.I.B., Benneke и др. — 1880. **Orff.** Ueber Varikositäten im Dünndarm mit Thrombenbildung. I.D. München. см. Benneke. — 1896. **Sommer.** Ueber multiple Phlebektasien. I.D. Zü-

rich. см. C. Path. 1897. p. 830 и др. — 1904. **Alezais**. Varices de l'intestin grêle. Comité méd. des Bouches-du-Rhône (Marseille). 8, 15, 22, 29 Janvier. Пр. in A. gén. méd. I. p. 699. — 1906. **Benneke**. Ueber kavernöse Phlebektasien des Verdauungstraktus. V.A. 184. p. 171—176 (содержитъ перечень литературы). — 1906. **Mac-Callum**. Multiple cavernous haemangiomata of the intestine. Johns H.H.B. August. см. C. Chir. 1368—1369. — 1906. **Онъ-же**. Amer. Assoc. of Pathologists a. Bacteriologists. Baltimore. 18—19 May. см. Z.f.Kr. IV.3. p. 878. — 1907. **Ohkubo**. Ueber multiple kavernöse Hämangiome im Darme. M.m.W. № 44. p. 2189—2190. — 1909/11. **Borst**. см. стр. 50. —

4. Гемангіомы прямой кишки. Истинныя гемангіомы прямой кишки описали, насколько мнѣ извѣстно, *Leboucq* 1875, *Paci* 1882, *Barker* 1883, *Marsh* 1883 и *Свенцицкій* 1901.

Barker наблюдалъ одного взрослаго мужчину, у котораго смерть наступила послѣ обильныхъ кровотеченій изъ задняго прохода. При вскрытіи въ прямой кишкѣ умершаго были найдены небольшія опухоли, которыя при микроскопическомъ изслѣдованіи оказались кавернозными гемангіомами. Въ виду рѣдкости такой находки, *Barker* сдѣлалъ объ этомъ случаѣ докладъ въ англійскомъ обществѣ врачей.

Въ преніяхъ по поводу доклада *Barker*'а *Marsh* сообщилъ, что онъ наблюдалъ такого же характера опухоль у 10-лѣтней дѣвочки.

Свенцицкій удалилъ у 34-лѣтняго казака, терявшаго ежедневно съ испражненіями отъ одного до полутора стакановъ крови, довольно плотную опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ. Эта опухоль во время операціи ясно пульсировала и находилась на передней поверхности прямой кишки, въ области предстательной железы. Гемморроидальныхъ шишекъ у больного не было. При разрѣзѣ удаленной опухоли была найдена мелкополостная губчатая ткань съ упругими, зіяющими стѣнками. *Свенцицкій* назвалъ описанную имъ опухоль „артеріальной“ ангіомой. Къ сожалѣнію, имъ не приводится никакихъ указаній относительно микроскопическаго изслѣдованія этой, повидимому, очень рѣдкой опухоли.

Работы *Leboucq*'а и *Paci* остались для меня недоступными.

Кромѣ приведенныхъ мною авторовъ, описавшихъ, повидимому, дѣйствительно гемангіомы съ локализаціей ихъ въ предѣлахъ прямой кишки, цѣлый рядъ другихъ авторовъ причислилъ къ гемангіомамъ сосудистыя образованія, расположенныя въ выходной части прямой кишки и извѣстныя подъ названіемъ геморроидальныхъ шишекъ (varices ani, varices haemorrhoidales, mariscae haemorrhoidales etc.). Объ упомянутыхъ образованіяхъ встрѣчаются указанія уже въ древнѣйшихъ сочиненіяхъ по медицинѣи относительно ихъ

накопилась громадная литература. Между тѣмъ и до настоящаго времени оставалось не окончательно выясненнымъ, что собственно собою представляютъ эти „varices ani". *Virchow* (1863), какъ мною уже было упомянуто (стр. 20 и 48), помѣстилъ ихъ въ отдѣлъ сосудистыхъ новообразованій (ангіомъ), выдѣливъ ихъ въ группу „варикозныхъ" ангіомъ. Варикозныя ангіомы, по *Virchow*'у, не могутъ быть причислены къ кавернознымъ гемангіомамъ, такъ какъ въ первыхъ почти не наблюдается анастомозовъ между полостями, наполненными кровью. „Man muss daran festhalten", пишетъ *Virchow*, „dass sie nicht im strengen Sinne des Wortes cavernös sind, insofern die Bluträume nicht direkt anastomosieren" [1]). Несмотря на сказанное, *Virchow* все-таки причислилъ послѣднія къ гемангіомамъ, руководствуясь значительнымъ развитіемъ сосудовъ. „Eine so grosse, wahrhaft angiomatöse Entwicklung", пишетъ *Virchow*, „wie sie die Anal-Hämorrhoiden hervorbringen, findet sich an keinem anderen Orte...[2]). Изъ приведенныхъ цитатъ работы *Virchow*'а видно, что этотъ авторъ не пришелъ къ совершенно опредѣленному выводу относительно мѣста геморроидальныхъ шишекъ въ онкологической системѣ.

Большинство современныхъ авторовъ (*Quénu и Hartmann* 1895, *Quénu* 1892/93, *Faure и Rieffel* 1898, *Lanz* 1909 и мн. др. считаютъ геморроидальныя шишки расширеніями венъ подлизистаго слоя задняго прохода. „On désigne", пишутъ *Quénu и Hartmann*, „sous le nom d'hémorrhoïdes l'altération variqueuse des veines ano-rectales"[3]).Однако существуетъ цѣлый рядъ авторовъ какъ прежняго, такъ и новѣйшаго времени (*Abernethy* 1825, *Houston* 1843, *Laennec* 1845, *Lepelletier* 1850, *Lee* 1854, *Coulson* 1854, *Bryant* 1861, *Ashton* 1862, *Colles* 1874, *Reinbach* 1875, *Mathews* 1888, *Pilcher* 1890, *Mainzer* 1894, *Reinbach* 1897, *Дьяконовъ* 1900, *Pennington* 1901, *Comby* 1904, *Schlacht* 1904, *Goldmann* 1906, *Rotter* 1907, *Béclard* время появленія работы послѣдняго автора осталось для меня не извѣстнымъ и др.), которые утверждаютъ, что геморроидаль-

---

[1]) V. p. 433.

[2]) V. p. 441.

[3]) *Quénu и Hartmann*. Chirurgie du rectum. 1895. p. 335.

ныя шишки должны быть причислены къ истиннымъ новообразованіямъ, именно къ кавернознымъ гемангіомамъ. *Mainzer* характеризуетъ ихъ какъ „ein teils venöses, teils arterielles Cavernom der Submucosa“ [1]). *Reinbach* пишетъ въ концѣ своей работы: „Das Wesen der Hämorrhoidalaffection besteht nicht, wie bisher angenommen wurde, in einer Varicenbildung der Hämorrhoidalvenen; es handelt sich vielmehr um echte Geschwülste gutartigen Charakters, welche durch eine Neubildung vornämlich von Blutgefässen ausgezeichnet sind, also um Angiome“ [2]). *Rotter* же прямо причисляетъ varices ani къ кавернознымъ гемангіомамъ. Наконецъ, нѣкоторые авторы, въ томъ числѣ *Gunkel* (1901), высказали мнѣніе, что большинство геморроидальныхъ шишекъ представляютъ собою гемангіомы, и что только небольшая часть этихъ образованій пассивныя расширенія венъ. „In der grossen Mehrzahl der Fälle“, пишетъ *Gunkel*, „stellen die Hämorrhoiden eine echte Neubildung, ein Angiom, dar, in sehr wenigen Fällen der alten Anschauung entsprechend, Erweiterung vorhandener Venen, also Varicen, und manchmal hat man es lediglich mit einer katarrhalischen Affection der Mastdarmschleimhaut zu tun“ [3]).

Особенное значеніе въ вопросѣ о причисленіи геморроидальныхъ шишекъ къ гемангіомамъ имѣла работа *Reinbach*'а (1897). Этотъ авторъ произвелъ тщательное микроскопическое изслѣдованіе геморроидальныхъ шишекъ въ 26 случаяхъ и тогда же указалъ на значительное разнообразіе найденныхъ гистологическихъ картинъ. Такъ какъ *Reinbach* въ цѣломъ рядѣ препаратовъ констатировалъ ясно замѣтное новообразованіе сосудовъ при отсутствіи значительныхъ воспалительныхъ явленій, то онъ и вывелъ заключеніе, что геморроидальныя шишки образуются, благодаря новообразованію сосудовъ, а потому и должны быть причислены къ гемангіомамъ.

Однако, авторы, провѣрившіе изслѣдованія *Reinbach*'а,

---

1) *Mainzer*. Histologische Beiträge etc. I.D. Würzburg. 1894. p. 30.

2) *Reinbach*. Pathol.-anat. u. klin. Beiträge etc. B.B. 1897. XIX. 1.

3) *Gunkel*. Pathol.-anatomisches u. Klinisches etc. Freie Vereinigung der Chir. Berlin. 13. V. 1901. Ip. in D.m.W. 1901. Ver.-Beilage. № 27.

пришли къ совершенно инымъ выводамъ. Наиболѣе цѣнными являются работы *Ruediger-Rydygier*'а 1908, *Silberberg*'а 1909 и *Torikata* 1909. *Ruediger-Rydygier* произвелъ тщательныя патолого-анатомическія изслѣдованія области задняго прохода свыше 200 труповъ. *Silberberg* и *Torikata* произвели микроскопическое изслѣдованіе оперативно удаленныхъ геморроидальныхъ шишекъ (первый въ 22-хъ, второй въ 15 случаяхъ).

Ruediger-Rydygier и *Torikata* ни въ одномъ изъ изслѣдованныхъ ими случаевъ не нашли сколько-нибудь значительнаго новообразованія сосудовъ. *Silberberg* же подтвердилъ наблюденіе *Reinbach*'а, утверждавшаго, что въ геморроидальныхъ шишкахъ новообразованіе сосудовъ играетъ большую роль. Но какъ *Silberberg*, такъ и *Torikata* указываютъ, что для постановки діагноза „гемангіома“ еще недостаточно констатировать наличность новообразованія сосудовъ. Дѣло въ томъ, что, какъ указываютъ оба автора, новообразованіе кровеносныхъ сосудовъ наблюдается не только при воспаленіи и при ростѣ различныхъ опухолей (какъ это думалъ *Reinbach*), но является также слѣдствіемъ приспособляемости нормальныхъ тканей къ измѣнившимся условіямъ („als Folge des physiologischen Anpassungsvermögens von gesunden Geweben“ [1]), напримѣръ, въ видѣ образованія коллатеральныхъ путей при хроническихъ застояхъ крови.

Особенное значеніе *Silberberg* и *Torikata* придавали присутствію и распредѣленію въ геморроидальныхъ шишкахъ эластической ткани. Какъ показали изслѣдованія этихъ авторовъ, послѣдняя въ геморроидальныхъ шишкахъ всегда имѣется въ достаточномъ количествѣ, при чемъ волокна ея всегда расположены въ стѣнкахъ полостей правильно кольцеобразно. Въ гемангіомахъ же эластическія волокна располагаются всегда неравномѣрно и безъ замѣтной правильности. „Elastische Fasern“, пишетъ *Torikata*, „zeigen darin (an allen Formen der Angiome bezw. Cavernome) keine bestimmte regelmässige Anordnung, wie bei den normalen Gefäs-

[1]) *Torikata*. Über das Wesen der Hämorrhoiden. D.Z.Chir. 1909. Bd. 97. p. 376.

sen, bezw. bei den Hämorrhoiden“ [1]). Кромѣ того, *Silberberg* обратилъ вниманіе на то, что въ геморроидальныхъ шишкахъ иногда встрѣчаются участки съ ясно выраженнымъ гіалиновымъ и амилоиднымъ перерожденіемъ. Въ послѣднихъ онъ констатировалъ отсутствіе эластическихъ волоконъ. Появленіе амилоиднаго перерожденія, то есть особаго соединенія бѣлка съ хондроитиносѣрной кислотой, находится, по *Silberberg*'у, въ несомнѣнной связи съ исчезновеніемъ эластической ткани въ перерожденныхъ участкахъ, такъ какъ хондроитиносѣрная кислота можетъ, по его мнѣнію, образоваться только изъ продуктовъ распада эластическихъ волоконъ. „Die darin (im Chondroitineiweisskörper) enthaltene Chondroitinschwefelsäure“, указываетъ *Silberberg*, „kann ja nur aus einem Zerfallsprodukt elastischer Fasern stammen“ [2]). Распадъ же эластическихъ волоконъ въ опредѣленныхъ участкахъ геморроидальныхъ шишекъ съ несомнѣнностью указываетъ, по *Silberberg*'у, на наличность сильнаго давленія и застоевъ крови въ этихъ образованіяхъ, слѣдовательно и на ихъ пассивное происхожденіе.

Такимъ образомъ какъ правильное и равномѣрное расположеніе эластическихъ волоконъ въ стѣнкахъ полостей геморроидальныхъ шишекъ *(Torikata, Silberberg)*, такъ и гибель эластическихъ волоконъ въ амилоидно перерожденныхъ участкахъ *(Silberberg)* заставляютъ, по мнѣнію приведенныхъ авторовъ, выдѣлить геморроидальныя шишки изъ класса истинныхъ новообразованій.

На основаніи своихъ изслѣдованій *Ruediger-Rydygier*, *Silberberg* и *Torikata* пришли къ одному и тому же выводу, что геморроидальныя шишки никоимъ образомъ не должны быть причислены къ гемангіомамъ. „Wir können“, говоритъ *Ruediger-Rydygier*, „die Theorie, die Hämorrhoiden seien wirkliche Neubildungen, nicht anerkennen; im Gegenteil, wir wiederholen den Ausspruch des H i p p o k r a t e s: «Haemorrhoides nihil aliud sunt, quam varices venarum ani»“ [3]). „Die Hämorrhoiden“,

---

[1]) *Torikata*. l. c. p. 374.

[2]) *Silberberg*. Beitrag zur Lehre von den Hämorrhoiden. B.B. 1909. Bd. 61. p. 331.

[3]) *Ruediger-Rydygier*. Beitrag zur pathol.-anat. Untersuchung der Hämorrhoiden. D.Z.Chir. 1908. Bd. 91. p. 519.

пишетъ *Silberberg*, „sind ein durch Stauung bedingtes Leiden. Die bei ihnen vorkommende Gefässnenbildung ist vornehmlich ein Produkt der Stauung und hat mit einer Angiombildung nichts zu thun...“ [1]). *Torikata*, наконецъ, пришелъ къ выводу, что геморроидальныя шишки даже не похожи на ангіомы: „die Hämorrhoidalknoten lassen sowohl klinisch, als auch pathologisch-anatomisch nichts Angiomatöses an sich konstatieren“ [2]). Въ другомъ мѣстѣ этотъ же авторъ пишетъ: „Somit glauben wir den histologischen Beweis geführt zu haben, dass die Hämorrhoiden u. Cavernome bezw. Angiome zwei ganz verschiedene pathologische Zustände darstellen“ [3]).

Приведеннаго, мнѣ кажется, достаточно, чтобы оправдать исключеніе геморроидальныхъ шишекъ изъ разряда гемангіомъ.

Литература. 1825. **Abernethy**. Diseases of the rectum. L. 9.IV. см. Torikata. — 1843. **Houston**. Nitric acid in haemorrhoids. Prov. méd. J. 15.IV. см. Torikata. — 1845. **Laennec**. см. Torikata, Faure-Rieffel. — 1850. **Lepelletier**. см. Torikata. — 1854. **Lee**. On the surgical treatment of haemorrhoidal tumours. Med. Soc. London. 11.II. см. Torikata. — 1854. **Coulson**. Пренія. ibidem. см. Torikata. — 1861. **Bryant**. Guys Hosp. Rep. 7. см. Torikata. — 1862. **Ashton**. Observations on the pathology and treatment of haemorrhoidal affections. L. 5 и 12. IV. см. Torikata. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1874. **Colles**. The treatment of hemorrhoids by the injection of the perchloride of iron. Dublin J. of. med. science. 1. VI. см. V.I.B./2. — 1875. **Leboucq**. Angiome caverneux cystique du rectum. An. de la Soc. de méd. de Gand. Sept. см. V.I.B. 2. — 1875. **Reinbach**. In Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie. 7 Ausgabe. см. Torikata. p. 356. — 1882. **Paci**. Singolarissimo caso di occlusione intestinale per tumore polipiforme da un emo-angioma cavernoso peduncolato, grosso come un uovo di gallina giovane. S. 49. см. Torikata. — 1883. **Barker**. Cavernous naevus of the rectum proving fatal in an adult from haemorrhage. L. 14. IV. p. 637; Med.-chir. T. 66. p. 229. см. V.I.B. 18. — 1883. **Marsh**. Пренія. Ibidem. — 1888. **Mathews**. Some observations after 1000 operations for haemorrhoids. 39 ann. Meet. of Amer. med. Ass. May. J. of Amer. med. Ass. 1. XII. см. Torikata. — 1890. **Pilcher**. On the pathology and treatment of aggravated haemorrhoids. The internat. J. of surgery. Aug. см. Torikata. — 1892. 93. **Quénu**. Étude sur les hémorrhoïdes, anatomie pathologique. R. chir. 13. — 1894. **Mainzer**.

---

1) *Silberberg*. l. c. ibidem.

2) *Torikata*. l. c. p. 392.

3) *Torikata*. l. c. p. 382.

см. стр. 49. — 1895. **Quénu et Hartmann.** Chirurgie du rectum I. — 1897. **Reinbach.** Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Hämorrhoiden. B.B. 19. — 1898. **Faure et Rieffel.** Hémorrhoïdes. In D.R. VI. p. 817—836. — 1900. **Дьяконовъ.** Къ вопросу о хирургическомъ лѣченіи геморроя X. VII. p. 276—284. — 1901. **Свенцицкій.** Артеріальная ангіома прямой кишки. Л.Р.Х. I. p. 1354—1355. — 1901. **Pennington.** A simple operation for the radical treatment of hemorrhoids. J. of the Amer. med. Assoc. 21. XII. см Torikata. — 1901. **Gunkel.** Pathologisch-anatomisches und Klinisches zur Lehre von den Hämorrhoiden. Freie Vereinig. d. Chirurgen Berlins. 13. V. IIp. in D.m.W. Ver.-Beil. № 27. — 1904. **Comby.** Hémorrhoides chez les enfants. A. de méd. des enfants. VII. № 11. см. Torikata. — 1904. **Schlacht.** Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden. Königsberg. — 1906. **Goldmann.** Über hochsitzende Hämorrhoiden als Ursache von occulten Blutungen. C. Chir. № 26. — 1907. **Rotter.** Hämorrhoiden. In B.B.M. Dritte Auflage. V. p. 797—809. — 1908. **Ruediger-Rydygier. jr.** см. стр. 50. — 1909. **Silberberg.** Beitrag zur Lehre von den Hämorrhoiden. B.B. 61. p. 317—331. — 1909. **Torikata.** Über das Wesen der Hämorrhoiden. D.Z. Chir. 97. p. 354—402 (содержитъ перечень литературы — 202 №№). — 1909. **Lanz.** Darmkrankheiten. In Wullstein-Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. II Bd. Erster Teil. — **Béclard.** см. Faure и Rieffel.

D. Гемангіомы брыжейки, сальника и брюшины.

Частота нахожденія доброкачественныхъ опухолей брыжейки. Казуистика гемангіомъ брыжейки, сальника и брюшины.

Новообразованія брыжейки принадлежатъ къ рѣдкимъ находкамъ. Обычно ихъ дѣлятъ на двѣ группы: на плотныя и на кистовидныя опухоли.

Первыя, повидимому, встрѣчаются рѣже [1]): по *Harris и Herzog*'у (1897) описано 57, по *Begouin* (1898) — 33, по *Julliard*'у (1904)—78, по *Vance* (1906)—27 и, наконецъ, по *Крону* (1912)—32 плотныя опухоли брыжейки. Въ 1904 году *Julliard* указалъ, что среди описанныхъ до него опухолей брыжейки не было ни одной гемангіомы: „l'angiome veineux caverneux", пишетъ этотъ авторъ, n'a jamais été signalé" [2]). Хо-

[1]) Впервые о плотныхъ опухоляхъ брыжейки упоминаетъ *Portal* (1803).

[2]) *Julliard.* Sur un cas d'hémangiome etc. R. gyn. 1904. T. 8. № 2. p. 228.

тя самъ *Julliard* и пополнилъ (см. ниже) этотъ пробѣлъ, но тѣмъ не менѣе среди 32-хъ случаевъ плотныхъ опухолей брыжейки, собранныхъ изъ литературы *Кроно*мъ, гемангіомы опять отсутствуютъ.

Кистовидныя опухоли брыжейки встрѣчаются болѣе часто. *Bracquehaye* (1892) собралъ изъ литературы свѣдѣнія о 104, а *Begouin* (1898) — о 123 такихъ опухоляхъ. *Klemm* (1905) также привелъ изъ литературы цѣлый рядъ случаевъ кистовидныхъ образованій брыжейки, при чемъ указалъ, что микроскопическое ихъ изслѣдованіе было произведено только въ 16 случаяхъ. Наконецъ, *Timbal* (1910) собралъ изъ литературы данныя о 49 *кровяныхъ* кистахъ брыжейки. Послѣднія представляютъ значительный интересъ для ученія о гемангіомахъ, такъ какъ такія кисты являются, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (*J. Bell* 1826, *Michel* 1860, *Lücke* 1865, *Broca* 1863/69, *Steudener* 1872, *Cramer* 1884, *Völker и Franke* 1888 и мн. др.) послѣдней стадіей развитія гемангіомъ путемъ атрофіи перегородокъ и сліянія полостей.

Гемангіомы *брыжейки* и *сальника* описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Wagener* 1878, *Menzel* 1894, *Homans* 1897, *Mariani* 1906 и *Julliard* 1904.

Wagener наблюдалъ кистовидную опухоль, окруженную фиброзной капсулой и находившуюся въ ligam. gastro-colicum. Опухоль была величиной съ дѣтскую головку. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась кавернозной гемангіомой.

Въ случаяхъ *Menzel*'я и *Mariani* были найдены кавернозныя гемангіомы брыжейки. Къ сожалѣнію, для меня остались недоступными какъ оригиналы, такъ и достаточно подробные рефераты работъ обоихъ названныхъ авторовъ.

Homans наблюдалъ у женщины 22 лѣтъ, кромѣ гемангіомы селезенки (см. главу XI), также и кавернозную сосудистую опухоль, помѣщавшуюся въ сальникѣ между flexura coli hepatica и flexura coli splenica, нѣсколько вправо отъ средней линіи тѣла. Эта опухоль была сращена съ окружавшими ее тканями и была длиной около 10 cm. и шириной около 3 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоль оказалась кавернозной гемангіомой. По мнѣнію *Homans*'а, она, „повидимому“, исходила изъ сальника.

Julliard произвелъ чревосѣченіе у 17-лѣтней дѣвицы по поводу огромной круглой опухоли, находившейся въ брыжейкѣ нижняго отдѣла тонкой кишки. Опухоль была величиною съ голову взрослаго человѣка (діаметръ ея былъ около 18 cm.) и вѣсила 4700 g. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ

фиброзной соединительной ткани, мѣстами болѣе, мѣстами менѣе богатой ядрами. Въ этой соединительной ткани были заложены многочисленныя кровеносныя полости различной величины и формы Полости не были выстланы эндотеліемъ. Мѣстами полостей совершенно не было видно и опухоль состояла или изъ гомогенной соединительной ткани, или же изъ участковъ жировой ткани [1]).

На основаніи своего изслѣдованія, *Julliard* назвалъ описанную имъ опухоль венозной кавернозной гемангіомой и считалъ что она врожденнаго происхожденія и развилась изъ одной изъ брыжеечныхъ венъ. „Son origine", пишетъ этотъ авторъ, „est très probablement congénitale, comme celle de la plupart des angiomes, et la tumeur doit avoir pris naissance aux dépens d'une veine mésentérique" [2]).

Кромѣ приведенныхъ случаевъ, упомяну еще о случаѣ, описанномъ *Kostlivy* (1907). Этотъ авторъ описалъ кистовидную ангіосаркому брыжейки поперечной ободочной кишки, удаленную имъ у молодого человѣка 16 лѣтъ. На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія этой опухоли, *Kostlivy* допускаетъ возможность образованія ея изъ гемангіомы: „...Entstehung", пишетъ *Kostlivy*, „aus einem, vielleicht embryonal angelegten Angiom, in welchem es später secundär zu sarcomatöser Wucherung gekommen ist" [3]). Этотъ случай принадлежитъ къ тѣмъ рѣдкимъ образованіямъ, относительно которыхъ можетъ явиться вопросъ о саркоматозномъ перерожденіи гемангіомъ.

Что касается гемангіомъ *брюшины*, то онѣ, какъ и вообще доброкачественныя опухоли этой области, принадлежатъ, повидимому, къ чрезвычайно рѣдкимъ заболѣваніямъ. По крайней мѣрѣ мнѣ удалось найти въ доступной для меня литературѣ указанія только на одинъ случай ангіокаверномы, разсѣянной по брюшинѣ и описанной *Клопотовскимъ* Мнѣ, къ сожалѣнію, не удалось познакомиться съ оригиналомъ работы этого автора.

---

[1]) Опухоль, описанная *Julliard*'омъ, очень походила на смѣшанную опухоль, описанную *Routier* (1909) какъ ангіо-фибро-липома и удаленную имъ изъ области mesocolon у 50-лѣтней женщины. Эта опухоль вѣсила 2625 g.

[2]) *Julliard*. l. c. p. 241.

[3]) *Kostlivy*. Ein Beitrag etc. D.Z. Chir. 1907. Bd. 91. p. 385.

Литература. 1803. **Portal**. Cours d'anat. méd. XII. см. Vance. — 1826. **J. Bell**. см. V. p. 382. — 1860. **Michel**. Gaz. méd. de Strasbourg. № 3. см. Schm. J. 110. p. 16; V. p. 383. — 1865. **Lücke**. см. стр. 135. — 1863/69. **Broca**. см. стр. 23. — 1872. **Steudener**. см. Völker и Franke. — 1878. **Wagener**. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde. II. см. J.B. Chir. 1902; Kostlivy. p. 384 и др. — 1884. **Cramer**. см. стр. 136, Langenbeck. — 1888. **Völker und Franke**. см. стр. 136. — 1892. **Bracquehaye**. см. Begouin. — 1894. **Menzel**. Ein Fall von Angioma cavernosum. I.D. Greifswald. см. Penkert. — 1897. **Harris and Herzog**. Solid mesenteric tumours. A.S. 66. July. — 1897. **Homans**. Cavernous angioma of the spleen. A.S. 54. p. 732–735. — 1898. **Begouin**. Des tumeurs solides et liquides des mésentères. R. chir. p. 204 и 647. — 1903. **Penkert**. Vier seltene Fälle von abdominalen Cysten. D.Z. Chir. 64. H. 5–6. — 1904. **Julliard**. Sur un cas d'hémangiome caverneux du mésentère compliqué d'occlusion intestinale. R. gyn. VIII. № 2. p. 227–258. — 1905. **Klemm**. Ein Beitrag zur Genese der mesenterialen Chylangiome. V.A. 181. p. 541–568. — 1906. **Mariani**. Angioma cavernoso del mesentere. Morgagni. Anno 48. P.I. № 9. p. 586–590. см. C. Path. — 1906. **Vance**. Solid tumors of the mesentery with report of a case and a review of the literature. A.S. March. 159. p. 366–379. — 1907. **Kostlivy**. Ein Beitrag zur Aetiologie und Kasuistik der Mesenterialcysten. D.Z. Chir. 91. p. 351–387. — 1909. **Routier**. Angio-fibro-lipome du mésocôlon descendant pesant 2625 g. Soc. chir. № 15. p. 523. — 1910. **Timbal**. Les kystes sanguins du mésentère. R. chir. 30. № 1. p. 45–65 и № 2 p. 227–281. — 1912. **Кронъ**. Къ казуистикѣ плотныхъ опухолей брыжейки. Х. XXXI. № 185. p. 538–550. — **Клопотовскій**. Случай angiocavernom'ы peritonei disseminati. Сборникъ, посвященный Образцову. Кіевъ. (по библіограф. указанію).—

Резюмируя вышеприведенныя данныя о гемангіомахъ пищеварительнаго тракта, нельзя не придти къ заключенію, что описанные до сихъ поръ случаи такихъ опухолей представляютъ главнымъ образомъ казуистическій интересъ и указываютъ на значительную рѣдкость подобной локализаціи гемангіомъ. Чаще встрѣчаются эти опухоли только въ полости рта и въ околоушныхъ железахъ. Въ подъязычныхъ железахъ и въ пищеводѣ гемангіомы, до настоящаго времени, повидимому, ни разу не наблюдались. Въ желудочно-кишечномъ трактѣ гемангіомы, судя по собраннымъ изъ литературы даннымъ, представляются исключительно рѣдкими находками. Такъ, въ желудкѣ описанъ только одинъ случай гемангіомы (случай *Lammers*'а). Значительно чаще въ области пищевода, желудка и кишекъ наблюдают-

ся такъ называемыя флебэктазіи (*varices*), которыя нѣкоторыми авторами (*Mac-Callum*, *Ohkubo* и др.) ошибочно причисляются къ гемангіомамъ. Что касается геморроидальныхъ шишекъ, то онѣ также ничего общаго съ гемангіомами не имѣютъ и должны быть строго отдѣлены отъ нихъ.

ГЛАВА X.

Гемангіомы печени.

Частота нахожденія гемангіомъ въ печени. Полъ и возрастъ. Одновременное нахожденіе различнаго характера опухолей какъ въ печени, такъ и въ другихъ органахъ и тканяхъ.

Макроскопическая картина: одиночные и множественные узлы; ихъ величина, форма, расположеніе въ печени, цвѣтъ, плотность, границы, сообщенія съ большими сосудами и съ капиллярами печени.

Микроскопическая картина: простыя и кавернозныя гемангіомы. Кавернозныя гемангіомы: величина, форма и содержимое полостей; строеніе межуточной ткани и капсулы, измѣненія въ паренхимѣ печени вблизи и вдали отъ узловъ опухоли.

Ростъ, исходы, гистогенезъ и различныя теоріи относительно этіологіи гемангіомъ печени.

Сосудистыя опухоли печени впервые точно описали во французской медицинской литературѣ *Dupuytren* и *Cruveilhier* (1816), а въ нѣмецкой—*Meckel* (1818).

Въ началѣ прошлаго столѣтія гемангіомы печени еще считались очень рѣдкими находками. Такъ, напримѣръ, *Retzius* на вскрытіяхъ (въ Швеціи ихъ) никогда не видалъ, а *Huss* до 1844 г. (въ Швеціи же) встрѣтилъ всего одинъ случай. *Böttcher* (въ Дерптѣ) до 1862 г. ни разу не встрѣтилъ такой опухоли въ печени, *Sangalli* на 1446 вскрытій гемангіомы печени наблюдалъ 12 разъ. *Lancereaux* за 10 лѣтъ своей патолого-анатомической дѣятельности нашелъ гемангіомы печени только 25 разъ. Нужно думать, что названные авторы причисляли къ гемангіомамъ печени только большія, ясно замѣтныя сосудистыя опухоли и игнорировали маленькія, мало замѣтныя.

Подъ вліяніемъ работъ цѣлаго ряда авторовъ (*Rokitansky* 1849/61, *Schuh* 1854, *Virchow*'а 1854 и 1863, *Frerichs*'а 1861, и др.) спеціально изучавшихъ строеніе гемангіомъ печени, другіе изслѣдователи также начали обращать большее вниманіе на возможность существованія этихъ опухолей въ печени. Оказалось, что, напримѣръ, *Böttcher* (1863, который раньше совсѣмъ не наблюдалъ гемангіомъ въ печени, въ томъ же городѣ (въ Дерптѣ) сталъ находить эти опухоли въ 10% всѣхъ вскрытій. А *Heschl* (1855) изслѣдовалъ уже около сотни кавернозныхъ опухолей печени. *Virchow* (1854) обратилъ вниманіе на то, что въ Вюрцбургѣ кавернозныя гемангіомы печени встрѣчались на вскрытіяхъ часто, почти ежемѣсячно, тогда какъ въ Берлинѣ онѣ попадались ему рѣже.

На значительную частоту локализаціи кавернозныхъ сосудистыхъ опухолей именно въ печени указалъ первый *Rokitansky*. Въ III изданіи своего учебника онъ пишетъ: „Die cavernösen Blutgeschwülste kommen... ...vor Allen aber sehr häufig und zuweilen in grösserer Anzahl in der Leber vor“ [1]). *Virchow* въ своей статьѣ въ 1854 г. и въ своей классической лекціи 1863 г. всецѣло присоединился къ вышеприведенному мною мнѣнію *Rokitansky* о частотѣ гемангіомъ печени. „Der Frequenz nach“, говоритъ *Virchow*, „dürfte diese Form vielleicht überhaupt unter allen Angiomen in erster Linie stehen“ [2]).

Несмотря на столь категорическія заявленія *Rokitansky* и *Virchow*'а, даже въ новѣйшее время встрѣчаются различныя мнѣнія о частотѣ гемангіомъ печени. Такъ, напримѣръ, *Burckhard* (1894) и *Sims Woodhead* считаютъ ихъ не частыми находками. *Burckhard* пишетъ: „Allzuhäufig sind freilich die zur Beobachtung kommenden Fälle der cavernösen Angiome der Leber nicht“ [3]). „This tumour“, говоритъ *Sims Woodhead*, „is not very frequently met in the human subject“ [4]).

---

[1]) *Rokitansky*. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1855. I. p. 207.

[2]) V. p. 390.

[3]) *Burckhard*. Beitrag zur pathologischen Anatomie des cavernösen Angioms der Leber. I.D. Würzburg. 1894. p. 6.

[4]) *Sims Woodhead*. Practical Pathology. цитир. по *Mantle*. An unusually large angeioma of the liver. Br. m. J. 1903. p. 366.

Въ пользу такого взгляда говоритъ также и то обстоятельство, что всѣ современные авторы, изучавшіе гемангіомы печени, изслѣдовали лишь незначительное число случаевъ этой опухоли. *Lilienfeld* (1889), *Beneke* (1890), *Ewald* (1896), *Kappeler* (1899) и *Wördehoff* (1901) изслѣдовали каждый по одной печени съ множественными (*Lilienfeld*) или одиночными (остальные четыре автора) гемангіомами. *Harter и Weil* (1908) изслѣдовали микроскопически 10 гемангіомъ печени.

Съ другой стороны, *Schmieden* (1900) наблюдалъ въ геттингенскомъ патологическомъ Институтѣ за одинъ годъ 32 случая этихъ опухолей и считалъ ихъ очень частыми находками („sehr häufig"). Въ большинствѣ современныхъ руководствъ (*Ziegler*'а 1905, *Ribbert*'а 1904 и 1908, *Никифорова* 1909 и 1913) и въ рядѣ спеціальныхъ изслѣдованій (*Schmieden*, *White*, *Harter и Weil* и др.) указывается, что гемангіомы печени принадлежатъ къ образованіямъ, часто встрѣчающимся при вскрытіяхъ. „Cavernous angeioma of the liver", говоритъ *White*, „is common"[1]. „Leur fréquence", говорятъ *Harter и Weil*, „est grande, quand on la recherche"[2].

Отмѣчу, что *Virchow* (1854) возбудилъ вопросъ о томъ, не зависитъ ли частота нахожденія гемангіомъ печени отъ мѣстности, такъ какъ онъ самъ встрѣчалъ на вскрытіяхъ эти опухоли рѣже въ Берлинѣ и чаще въ Вюрцбургѣ. Въ позднѣйшей литературѣ я не встрѣтилъ другихъ подобныхъ наблюденій. Укажу лишь, что *Westenhoeffer* (1911) на вскрытіяхъ въ Сантъ-Яго (Чили) за два года нашелъ только одну кавернозную гемангіому печени. *Westenhoeffer* ограничивается только приведеніемъ этого факта.

Большинство авторовъ не наблюдало преимущественнаго пораженія одного *пола* передъ другимъ. Упомяну лишь *Hoppe-Seyler*'а *и Quincke* (1899), которые указали, что у мужчинъ кавернозныя гемангіомы печени встрѣчаются чаще, чѣмъ у женщинъ, и *Pichler*'а (1903), который обратилъ вниманіе на то, что оперативно удаленныя гемангіомы печени во всѣхъ случаяхъ принадлежали женщинамъ.

---

1) *Whithe*. In *Albutt*. System of Medicine. IV. цит. по *Mantle* l. c.

2) *Harter et Weil*. Sur la pathogénie de l'angiome du foie. Soc. biol. 1908. T. 64. p. 756.

Сильно измѣнились въ послѣднее время взгляды относительно *возраста* больныхъ и умершихъ, у которыхъ наблюдаются кавернозныя гемангіомы печени. Несомнѣнно, что чаще всего послѣднія встрѣчаются у пожилыхъ людей, которые, къ слову сказать, и чаще всего подвергаются вскрытію. *Virchow* также указалъ на то, что возрастъ выше 50 лѣтъ является наиболѣе подверженнымъ этому заболѣванію, тогда какъ у дѣтей гемангіомы печени онъ никогда не встрѣчалъ. „Bei Kindern", говоритъ *Virchow*, „sah ich sie nie" [1]). Однако, начиная съ 1882 года появился рядъ сообщеній авторовъ, наблюдавшихъ кавернозныя гемангіомы печени у новорожденныхъ и у дѣтей. У новорожденныхъ описали эти опухоли *Orth* (1899), *Schmieden* (1900) и *Kaufmann* (1911), а у дѣтей въ возрастѣ до $^1/_2$ года *Steffen* (1882), *Щервинскій* (1884 и 1885), *Martinotti* (1890), *Брюхановъ* (1899), *Kappeler* (1899), *Михайловъ* (1900), *Schmieden* (1900). *Osler*, цитируемый мною по *Mantle*, обратилъ даже вниманіе на то, что кавернозныя гемангіомы у дѣтей иногда достигаютъ значительной величины. „Occasionally in children", говоритъ *Osler*, „angeiomata have developed and produced large tumours" [2]). *Kappeler* же объяснялъ незначительное количество наблюденій гемангіомъ печени въ дѣтскомъ возрастѣ тѣмъ, что вскрытія умершихъ дѣтей вообще производятся въ общемъ рѣдко, а также тѣмъ, что измѣненія въ дѣтскихъ печеняхъ обыкновенно мало замѣтны.

Одновременное существованіе гемангіомы печени и различныхъ другихъ (не сосудистыхъ) опухолей тѣла у одного и того же больного описано цѣлымъ рядомъ авторовъ, при чемъ такое совпаденіе, повидимому, носило случайный характеръ. Такіе случаи описали, напримѣръ, слѣдующіе авторы: *Tison* 1892 (haemangioma hepatis, fibroma uteri et cancer coeci), *Levis* 1905 (haemangioma cavernosum hepatis et renis, adenomata hepatis et gland. suprarenalis, polypi adenomatosi et leiomyoma interstitiale uteri, fibroma ovarii, leiomyo-

---

[1]) *Virchow*. Ueber cavernöse (erectile) Geschwülste und Telangiectasien. V.A. 1854. VI. p. 528.

[2]) *Osler*. Practice of Medicine, цитир. по *Mantle*. An unusually ect. Br.m.J. 1903. № 2198. p. 366.

ma malignum ligamenti lati et naevi pigmentosi cutis), *Casper* 1906 (angioma arteriosum hepatis, atheromatosis cutis et carcinoma prostatae), *Götting* 1906 (haemangiomata multiplicia hepatis, adenomata hepatis et carcinomata pharyngis, pylori et ani), *Sliwinski* 1909 (haemangioma cavernosum hepatis, endothelioma durae matris, lipoma mesenterii, adenoma papillare renis, adenoma gland. thyreoideae, carcinoma ventriculi et carcinoma mammae virilis). Такого же характера случаи наблюдали *Virchow* (стр. 279), *Schmieden* и др.

Одновременное существованіе гемангіомъ печени и сосудистыхъ опухолей другихъ органовъ у одного и того же больного также наблюдалось довольно часто и описано многими авторами. Такіе случаи наблюдали: *Virchow*, *Payne* 1869, *Langhans* 1879, *Петровъ* 1899, *Брюхановъ*, *Ullmann* 1899, *Михайловъ*, *Theile* 1904, *Devic и Tolot* 1906, *Свѣчниковъ* 1908, *Jores* 1908, *Roggenbau* 1910, *Ernst* 1912 и др.

Между тѣмъ, *Schmieden* указалъ, что въ своихъ случаяхъ онъ ни разу не наблюдалъ одновременнаго существованія гемангіомъ печени и другихъ органовъ.

Roggenbau (1910) противопоставлялъ множественнымъ каверномамъ печени, сходнымъ съ другими гемангіомами туловища, гемангіомы печени, встрѣчающіяся „обычно" („gewöhnliche Lebercavernome" [1]) и которыя по происхожденію рѣзко, по его мнѣнію, отличаются отъ первыхъ, („sind jedenfalls nicht als genetisch gleichartige Bildungen anzusehen" [2]).

Ribbert придаетъ большое значеніе одновременному существованію кавернозныхъ гемангіомъ печени и другихъ опухолей печени. Въ своемъ учебникѣ (изданіе 1904 г. p. 451) онъ даже помѣстилъ рисунокъ печени, въ которой рядомъ съ кавернозной гемангіомой находилась небольшая аденома желчныхъ протоковъ. Такіе же случаи описаны *Merkel*'емъ (1904) и *Götting*'омъ. *Ribbert* въ одновременномъ существованіи въ печени нѣсколькихъ опухолей видитъ доказательство правильности своей теоріи, по которой новообразованія являются результатомъ неправильностей внутриутробнаго развитія органовъ.

---

[1]) *Roggenbau*. Zur Kenntniss der cavernösen Angiome der Leber. Z. Beitr. 1910. Bd. 49. p. 335.

[2]) *Roggenbau*. l. c. ibidem.

Rokitansky и *Schuh* обращали вниманіе изслѣдователей на частое одновременное нахожденіе въ печени сосудистыхъ и раковыхъ опухолей. Первый авторъ считалъ строеніе этихъ опухолей въ общихъ чертахъ одинаковымъ. „Die kavernöse Blutgeschwulst", пишетъ *Rokitansky*, „ist mit den Maschen und Fachwerken, welche die Krebsgerüste constituiren, völlig identisch" [1]). Ошибочность этого мнѣнія *Rokitansky* установили *Cruveilhier* и *Virchow*.

Переходя къ описанію *макроскопической* картины гемангіомъ печени, нужно прежде всего указать на то, что онѣ встрѣчаются то въ видѣ одиночныхъ, то въ видѣ множественныхъ узловъ. Множественныя гемангіомы печени, по мнѣнію большинства авторовъ (*Virchow*, *Lilienfeld*, *Ziegler* и др.), встрѣчаются часто, а, по *Burckhard*'у, даже чаще одиночныхъ. „Selten", пишетъ *Burckhard*, „treten sie isolirt auf, in der Mehrzahl der Fälle sind sie multipel" [2]). Однако, цыфровыя данныя *Schmieden*'а не подтверждаютъ мнѣнія *Burckhard*'а: *Schmieden* на 32 случая встрѣтилъ 18 одиночныхъ и 14 множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ печени.

Величина отдѣльныхъ узловъ гемангіомъ печени самая разнообразная: отъ самыхъ малыхъ, еле замѣтныхъ, до очень большихъ, достигающихъ величины головы взрослаго человѣка (случай *Chiari* 1909), величины двухъ головъ взрослаго (случай *Eiselsberg*'а 1892) и даже беременной матки (случай *Hagedorn*'а-*Birch-Hirschfeld*'а). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кавернозная гемангіома занимала половину печени (случаи *Schuh*, *Richerolle* 1891, *Roggenbau*, *Fischer*'а 1912) и даже всю печень (случай *Cornil*'я). Наиболѣе часто встрѣчаются опухоли небольшой величины, отъ небольшого размѣра горошины до лѣсного орѣха Величина узловъ не зависитъ отъ ихъ числа: встрѣчаются одиночные какъ еле замѣтные, такъ и громадные узлы, а также множественные, среди которыхъ попадаются узлы самой различной величины. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ, описанномъ *Шервинскимъ*, наблюдались узлы опухоли, начиная отъ величины чечевичнаго зерна и кончая величиною куринаго яйца. Нѣко-

---

1) *Rokitansky*. l. c. p. 208.

2) *Burckhard*. l. c. p. 7.

торые авторы думали, что большая величина узловъ кавернозныхъ гемангіомъ указываетъ на продолжительность ихъ существованія. Напримѣръ, *Virchow* (1854) наблюдалъ опухоли небольшой величины у лицъ среднихъ лѣтъ, а большія опухоли у стариковъ. *Lilienfeld* также считалъ, что наименьшія опухоли соотвѣтствуютъ первоначальнымъ стадіямъ развитія гемангіомъ, а большія опухоли—позднѣйшимъ стадіямъ. Однако, оказалось, что у стариковъ можно найти очень маленькіе узлы кавернозной гемангіомы, а у дѣтей большіе узлы, такъ что въ настоящее время принято считать, что величина опухоли еще не говоритъ о продолжительности ея существованія.

Относительно формы, которую имѣютъ кавернозныя гемангіомы печени, существуютъ различныя указанія. *Virchow* (1854) считалъ ихъ шаровидными опухолями („kugelige Form." [1]). Шаровидная форма этихъ опухолей, по *Wördehoff*'у, даже рѣзко бросается въ глаза. „Sie sind", говоритъ *Wördehoff*, „von auffallend kugeliger Beschaffenheit." [2]). *Burckhard* указалъ, что маленькія опухоли (до величины съ небольшую вишню) представляются шаровидными, тогда какъ опухоли большей величины имѣютъ форму конуса, обращеннаго верхушкой вглубь печени. На продольномъ разрѣзѣ такія конусообразныя гемангіомы являются клиновидными. *Hoppe-Seyler и Quincke* считали, что большинство кавернозныхъ гемангіомъ печени представляется клиновидной формы, напоминая инфаркты, и что эти опухоли обычно находятся подъ Глиссоновой капсулой. Наконецъ, по *Ribbert*'у (1904), эти опухоли представляются круглой или слегка многоугольной формы. Мнѣніе *Ribbert*'а раздѣляется большинствомъ современныхъ авторовъ.

Расположеніе гемангіомъ въ печени представляется, повидимому, безпорядочнымъ, однако, имѣются излюбленныя мѣста, на существованіе которыхъ *Virchow* (1854) первый обратилъ вниманіе изслѣдователей. Наибольшее число гемангіомъ располагается на поверхности печени подъ капсу-

---

1) *Virchow*. 1854. l. c. p. 529.

2) *Wördehoff*. Ueber die Genese der Lebercavernome. I.D. Würzburg. 1901. p. 6.

лой и чаще всего на передней поверхности, въ области передняго края около поддерживающей связки этого органа. *Schmieden* обратилъ вниманіе на то, что изслѣдованныя имъ опухоли часто располагались въ области средней сагитальной линіи печени, являющейся мѣстомъ соединенія обоихъ первичныхъ зачатковъ печени. Въ глубинѣ печени также встрѣчаются кавернозныя гемангіомы, но значительно рѣже, чѣмъ на поверхности.

Цвѣтъ опухолей темно сине-красный (*Ribbert* и др.), но доходитъ иногда почти до чернаго (*Wördehoff*).

Узлы, находящіеся на поверхности печени, по мнѣнію авторовъ (*Hoppe-Seyler и Quincke*, *Borst* и др.) въ огромномъ большинствѣ случаевъ не возвышаются надъ ея уровнемъ; капсула печени надъ ними нѣсколько морщинистая. Однако, попадаются случаи (*Schmieden*, *Ribbert*, *Hansemann* 1911 и др.), когда опухоль нѣсколько, а иногда даже значительно выпячивается изъ печени. *Ribbert* (1904. p. 172) привелъ рисунокъ такой выпячивающейся опухоли („scharf prominierendes Cavernom")[1]). Наконецъ, описаны рѣдкіе случаи, когда кавернозная гемангіома печени сидѣла какъ бы на ножкѣ, напримѣръ, случаи *Pfannenstiel*'я 1898, *Dahlgren*'a 1902, *Pichler*'a, *Ribbert*'a 1908 (p. 248, рисунокъ 256) и др.

Плотность кавернозныхъ гемангіомъ, когда онѣ наполнены кровью, значительная, но все же нѣсколько меньшая, чѣмъ плотность самой печени. Въ спавшемся состояніи онѣ представляются болѣе мягкими. Послѣ организаціи тромбовъ и уплотнѣнія соединительнотканной стромы эти опухоли становятся иногда мѣстами очень плотными.

Граница опухолей обыкновенно рѣзко очерчена и всегда представляется, по свидѣтельству очень многихъ авторовъ, въ видѣ соединительнотканной капсулы. *Scheffen* 1897, *Ribbert* и другіе авторы указали, что даже самые небольшіе узлы отграничены отъ печеночной ткани такой соединительнотканной капсулой. Нѣкоторые авторы (*Hoppe-Seyler и Quincke*, *Roggenbau* и др.), напротивъ, наблюдали, что въ большинствѣ случаевъ гемангіомы не имѣютъ собственной капсулы. „Meist fehlt", пишутъ *Hoppe-Seyler и Quincke*, „eine solche

---

[1]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. 1904. p. 172.

scharfe Grenze gegen das Parenchym“ [1]). Наконецъ, третьи авторы (*Virchow*, *Burckhard* и др.) находили, что всѣ большого размѣра гемангіомы печени были окружены соединительнотканной капсулой, тогда какъ небольшія переходили безъ рѣзкой границы въ паренхиму печени. „Bei den kleineren“, говоритъ *Virchow* (1863), „giebt es niemals eine scharfe Grenze gegen das benachbarte Lebergewebe hin“ [2]).

Большіе споры возбудилъ въ свое время вопросъ о томъ, съ какими большими сосудами печени сообщаются кавернозныя гемангіомы этого органа.

Frerichs, *Брюхановъ* и *Rokitansky* находили сообщеніе только съ воротной веной и ея вѣтвями, *Maier* (1854) съ печеночной артеріей, *Hoppe-Seyler u. Quincke* съ воротной веной и печеночной артеріей, а *Virchow*, *Mauclaire u de Bovis* (1896), *Schmieden* и др. съ воротной веной, съ печеночной артеріей и съ печеночной веной. *Roggenbau* описалъ двѣ гемангіомы печени, изъ которыхъ одна сообщалась исключительно съ печеночной веной („alleiniger und engster Zusammenhang mit den Venae hepaticae“ [3]), а другая съ воротной веной. Наконецъ, *Ribbert* указалъ, что въ каждой кавернозной гемангіомѣ печени имѣются приводящіе и отводящіе сосуды, при чемъ первые сообщаются съ вѣтвями воротной вены. „Nur Äste der Pfortader“, говоритъ *Ribbert*, „führen hinein und Venen heraus“ [4]).

Въ настоящее время большинство изслѣдователей допускаетъ возможность сообщеній всѣхъ видовъ большихъ сосудовъ печени съ гемангіомами этого органа.

Не менѣе противорѣчивыя мнѣнія, чѣмъ только что приведенныя, были высказаны различными авторами по вопросу о наличности сообщеній между капиллярами печени и полостями кавернозныхъ гемангіомъ. *Virchow* (1854) и *Rokitansky* не находили такихъ сообщеній. По мнѣнію *Virchow*'а, полости кавернозныхъ гемангіомъ печени образуются изъ

---

[1]) *Hoppe-Seyler u Quincke*. Die Krankheiten der Leber. In Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie. 1899. Bd. XVIII. p. 435.

[2]) V. p. 392.

[3]) *Roggenbau*. l. c. p. 324.

[4]) *Ribbert*. Lehrbuch. 1908. p. 247.

сосудовъ грануляціонной ткани, развивающейся на мѣстѣ печеночныхъ долекъ. Эти сосуды подвергаются кавернозному расширенію и находятся въ сообщеніи только съ артеріями и венами печени. „Das ganze Gefässsystem dieser Theile“, говоритъ *Virchow*, „bildet sich nach und nach in eine cavernöse Ektasie um, welche direct mit den Venen und Arterien in Verbindung steht, ohne dass ein besonderer Capillarapparat nachweisbar wäre“ [1]). Однако, послѣдующіе авторы, въ томъ числѣ *Ziegler*, *Lilienfeld*, *Wördehoff* и *Borst* (1902), описали широкія сообщенія между полостями и капиллярами долекъ, окружавшихъ гемангіомы. По мнѣнію этихъ авторовъ, кавернозныя гемангіомы образуются главнымъ образомъ изъ расширенныхъ капилляровъ печеночныхъ долекъ. Къ этому взгляду присоединилось значительное число патолого-анатомовъ, но появились и противники его. *Ribbert* въ первыхъ своихъ работахъ и *Брюхановъ* совершенно отрицали всякое непосредственное сообщеніе между полостями кавернозныхъ гемангіомъ и капиллярной системой печени. *Ribbert* основывался при этомъ на слѣдующихъ соображеніяхъ. Прежде всего, онъ указалъ на то, что кровь изъ наполненныхъ кровью полостей гемангіомъ никогда сама не стекаетъ и искуственно не можетъ быть выдавлена въ часто пустые капилляры печени, расположенные по окружности опухоли. Затѣмъ, онъ наблюдалъ, что при инъекціи кавернозной опухоли особой массой, послѣдняя обыкновенно не попадала въ печеночные капилляры по окружности опухоли; съ другой стороны, онъ наблюдалъ, что при инъекціи большого сосуда печени, не сообщавшагося съ полостями гемангіомы, масса наполняла всѣ капилляры долекъ печени кругомъ опухоли, но въ полости послѣдней не попадала. Наконецъ, по мнѣнію *Ribbert*'а, наличность во многихъ случаяхъ ясной соединительнотканной капсулы кругомъ опухоли также говоритъ противъ возможности сообщеній между полостями опухоли и капиллярами печени.

Однако, несмотря на эти доводы, накопились наблюденія ряда авторовъ (*Perls-Nelsen*'а, *Ottendorf*'а 1897, *Scheffen*'а, *Wördehoff*'а, *Kappeler*'а и др.), которымъ удалось кон-

[1]) *Virchow*. 1854. l. c. p. 542.

статировать анастомозы между полостями кавернозныхъ гемангіомъ печени и расширенными печеночными капиллярами. *Orth* (1899) описалъ даже случай, въ которомъ полости кавернозной гемангіомы печени были ограничены только печеночными клѣтками. Послѣднія незамѣтно переходили въ печеночныя клѣтки окружающихъ долекъ, а полости постепенно превращались въ обычные печеночные интралобулярные капилляры. *Schmieden*, приведя случай *Orth*'а и еще нѣсколько такихъ же случаевъ, указываетъ, что ему удалось найти переходныя картины между полостями, окруженными исключительно печеночными клѣтками и полостями, окруженными исключительно соединительнотканными стѣнками. *Ribbert*, въ позднѣйшей своей работѣ (1904), уже допустилъ возможность многочисленныхъ сообщеній между полостями опухоли и капиллярами печени. Въ этой же работѣ онъ указалъ, что въ печени иногда открываются ограниченные участки, состоящіе изъ широкихъ капилляровъ, среди которыхъ видны неправильныя балки печеночныхъ клѣтокъ. Эти участки *Ribbert* считаетъ начальными стадіями развитія кавернозныхъ гемангіомъ. Однако, опухоли, описанныя *Orth*'омъ и *Schmieden*'омъ, являются, по *Ribbert*'у, не кавернозными гемангіомами, а другого характера опухолями, хотя бы аденомами съ расширенными капиллярами.

И до настоящаго времени окончательно не установлено, существуютъ ли многочисленныя сообщенія между полостями кавернозныхъ гемангіомъ печени и капиллярами печени, какъ на это указываютъ *Ziegler*, *Borst*, *Никифоровъ* и др., или же такія сообщенія встрѣчаются только въ видѣ исключенія, какъ учитъ *Ribbert* и его школа.

Переходя къ описанію *микроскопическаго* строенія гемангіомъ печени, я долженъ указать, что *простыя* гемангіомы этого органа описываются какъ большія рѣдкости.

Virchow (1867) причислилъ къ такимъ простымъ ангіомамъ опухоль, найденную имъ при вскрытіи въ печени у старой женщины, у которой кромѣ того были найдены міоматозный полипъ желудка и псаммома твердой мозговой оболочки.

Опухоль была величиною 2×4,5×2 cm., сѣро-бѣлаго цвѣта и плотной консистенціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи была найдена соединительнотканная строма, въ которой имѣлись расширенные

и извивавшіеся сосуды. Кромѣ того были видны и болѣе широкія полости, при чемъ ни въ нихъ, ни въ просвѣтахъ сосудовъ содержимаго не было.

Casper (1906) описалъ въ своей диссертаціи случай множественныхъ опухолей различнаго строенія (см. стр. 273), при чемъ въ одномъ случаѣ онъ нашелъ „артеріальную ангіому печени". Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось найти ни подлинной работы, ни подробнаго ея реферата.

Ernst (1912) сдѣлалъ сообщеніе въ германскомъ обществѣ патологовъ о случаѣ множественныхъ гемангіомъ („angiomatosis") различныхъ участковъ кожи, печени и селезенки, найденныхъ у мальчика, умершаго на $2^1/_2$ мѣсяцѣ отъ роду. Въ печени *Ernst* нашелъ многочисленные узелки, величиной отъ просяного зерна до вишневой косточки. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что узелки были построены мѣстами по типу телеангіэктазій, мѣстами по типу гипертрофической гемангіомы.

Въ примѣчаніи къ докладу *Ernst* указываетъ, что, кромѣ сосудистыхъ участковъ, въ печени были найдены мѣста, по строенію напоминавшія эндотеліому: „Weitere Untersuchungen", пишетъ *Ernst*, „haben uns gezeigt, dass neben und hinter der Angiomatosis noch ein echtes zelluläres Blastom im Sinne eines Gefässendothelioms steckt" [1]).

Здѣсь же я приведу описаніе своеобразнаго строенія опухоли, изслѣдованной *Hommerich*'омъ (1907), которая, хотя и не имѣетъ прямого отношенія къ гемангіомамъ, но представляетъ особый интересъ, какъ врожденная опухоль, могущая симулировать гемангіому.

Hommerich нашелъ у умершей дѣвочки $1^1/_2$ лѣтъ красно-бурую опухоль печени, величиною съ грецкій орѣхъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что она построена изъ тѣхъ же клѣтокъ, что и нормальная печень, но съ наличностью въ капиллярахъ слѣдующихъ элементовъ зародышевой печени: красныхъ кровяныхъ шариковъ, содержащихъ ядра, большихъ клѣтокъ съ протоплазмой, богатой гемоглобиномъ и съ ядрами, богатыми хроматиномъ, гигантскихъ клѣтокъ, большихъ клѣтокъ со свѣтлой протоплазмой и большими, сильно-красящимися ядрами и т. д. Капилляры, содержавшіе эти образованія, оказались рѣзко расширенными. Печеночныя клѣтки, окаймлявшія такіе расширенные капилляры, не представляли какого-

---

[1]) *Ernst.* Angiomatosis der Haut, Leber und Milz. P.G. XV. 1912. p. 234.

либо отклоненія отъ нормы. *Hommerich* высказалъ предположеніе, что въ его случаѣ на ограниченномъ мѣстѣ печени сохранился небольшой участокъ зародышевой печени. Авторъ назвалъ найденное опухолевидное образованіе hamartoma haematoplasticum hepatis.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ сосудистыя опухоли печени, подвергнутыя микроскопическому изслѣдованію, оказались *кавернозными* гемангіомами.

Эти опухоли на разрѣзѣ уже макроскопически имѣютъ ячеистый видъ и оказываются состоящими изъ полостей, наполненныхъ кровью и изъ межуточной ткани, представляющейся въ видѣ перегородокъ между полостями.

Величина полостей кавернозныхъ гемангіомъ, по описанію авторовъ, самая разнообразная. Наряду съ опухолями, состоящими главнымъ образомъ изъ большихъ полостей, встрѣчаются такія, которыя состоятъ преимущественно изъ маленькихъ. Очень часто описываются опухоли, состоящія мѣстами изъ большихъ, мѣстами изъ маленькихъ полостей.

Форма полостей также самая разнообразная. Описаны полости круглыя, овальныя, вытянутыя, многоугольныя и представлявшія различныя причудливыя формы. *Wördehoff* наблюдалъ, что въ болѣе молодыхъ частяхъ изслѣдованной имъ опухоли полости представлялись маленькой величины и болѣе вытянутой формы, а въ болѣе старыхъ частяхъ— большей величины и почти правильной круглой формы.

Содержимое полостей составляетъ обычно кровь. Чаще всего наблюдаются красные кровяные шарики съ незначительной примѣсью бѣлыхъ. Нѣкоторые авторы (*Harter и Weil*, *Hoppe-Seyler и Quincke* и др.) отмѣчаютъ обиліе послѣднихъ. Иногда открываются тромбы въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Нѣкоторые авторы (*Hoppe Seyler и Quincke*, *Lilienfeld*, *Ewald*), кромѣ того, описываютъ, что въ полостяхъ кавернозныхъ гемангіомъ печени среди крови попадаются отдѣльныя печеночныя клѣтки. Послѣднія попадаютъ случайно въ токъ крови и нахожденіе ихъ, по *Ewald*'у, не имѣетъ особаго значенія.

Кромѣ того, *Pilliet* (1891) описалъ въ кавернозныхъ гемангіомахъ печени остатки зародышевой ткани печени (включенія остатковъ мезенхимы), а *Aschoff* (1904) — гигантскія костномозговыя клѣтки, присутствіе которыхъ указываетъ на наличность кроветворительныхъ функцій въ маленькихъ ка-

вернозныхъ гемангіомахъ печени. Такого же зародышеваго характера участки въ печени описалъ *Hommerich* (стр. 280) и, повидимому, нашелъ *Ernst* въ опубликованномъ имъ случаѣ множественныхъ гемангіомъ печени, селезенки и кожи (стр. 280). „Auch überdauernden Blutbildungsherden", пишетъ *Ernst*, „glauben wir jetzt auf der Spur zu sein" [1]).

Всѣ полости сообщаются между собою черезъ отверстія въ перегородкахъ. Эти отверстія представляются различной величины.

Всѣ полости выстланы однорядныимъ слоемъ плоскихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. *Frerichs* считалъ, что этотъ слой образованъ мостовиднымъ эпителіемъ, *Virchow* и *Wördehoff*—плоскимъ эпителіемъ. *Lilienfeld*, *Ewald*, *Roggenbau* и др. указали на веретенообразную форму эндотелія, выстилавшаго полости описанныхъ ими гемангіомъ. Нѣкоторые авторы (*Monod* 1873, *Journiac* 1879 и др.) наблюдали размноженіе эндотелія. Въ послѣднее время сосудистыя опухоли, въ которыхъ замѣтно размноженіе эндотелія кровяныхъ полостей, причисляются къ эндотеліомамъ (случаи *Kothny* 1912, *Veeder и Austin* 1912 и др.).

Межуточная ткань кавернозныхъ гемангіомъ состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани, которая, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (*Virchow*'а, *Ewald*'а и др.), въ молодыхъ отдѣлахъ опухолей богата клѣточными элементами, а въ болѣе старыхъ бѣдна ими. Во многихъ гемангіомахъ открываются довольно обширные участки, состоящіе изъ соединительной ткани, то болѣе, то менѣе богатой клѣточными элементами. Отъ этихъ участковъ исходятъ тяжи (балки), преимущественно изъ волокнистой соединительной ткани, которые располагаются между полостями, наполненными кровью, и составляютъ одновременно ихъ стѣнки и перегородки между этими полостями. Иногда въ кавернозныхъ гемангіомахъ печени не видно выше описанныхъ широкихъ участковъ изъ соединительной ткани, а открываются только полости и между ними соединительнотканныя перекладины различной величины. По *Ribbert*'у (1908), послѣднія исходятъ изъ соединительнотканной капсулы, которая, по этому авто-

[1]) *Ernst*, l. c. p. 234.

ру, всегда отдѣляетъ опухоль отъ окружающей ее ткани печени. Однако, по мнѣнію другихъ авторовъ *(Schmieden)*, соединительнотканные тяжи на границѣ между полостями и печеночною тканью не представляются болѣе широкими, чѣмъ перегородки между отдѣльными полостями. „In der überwiegenden Mehrzahl meiner Fälle", пишетъ *Schmieden*, „war die äussere Grenzwand des ganzen Gebildes etwa von derselben Stärke, wie die mittleren Septa" [1]). Соединительнотканныя перегородки между полостями представляются нерѣдко гіалиново перерожденными (*Burckhard* и др.). *Klebs* (1869) даже описалъ особую „гіалиновую зону" *(?)* по окружности всѣхъ развивающихся гемангіомъ.

Кромѣ соединительной ткани, въ составъ перегородокъ, по описаніямъ авторовъ, иногда входятъ: гладкія мышечныя клѣтки, эластическія волокна, печеночныя клѣтки, желчные протоки, кровеносные сосуды, круглыя клѣтки въ видѣ инфильтраціи, „меланотическій" пигментъ и, въ одномъ случаѣ, туберкулезный бугорокъ.

Гладкія мышечныя клѣтки наблюдались чаще всего въ видѣ рядовъ, заложенныхъ въ соединительнотканной основѣ перегородокъ. *Брюхановъ* въ нѣкоторыхъ гемангіомахъ наблюдалъ гладкія мышцы во всѣхъ перегородкахъ, *Schmieden* встрѣчалъ ихъ часто, *Ljunggren* (1902) и *Roggenbau* въ различномъ количествѣ, наконецъ, *Свѣчниковъ*—въ скудномъ. *Virchow* (1854), *Böttcher* и *Roggenbau* (первый случай) наблюдали случаи, въ которыхъ тонкія перегородки между полостями гемангіомъ почти исключительно состояли изъ гладкихъ мышцъ.

Эластическія волокна въ перегородкахъ наблюдали *Брюхановъ*, *Pichler-Chiari*, *Schmieden*, *Ljunggren*, *Roggenbau*, *Свѣчниковъ*, *Merkel*, *Kasai* (1907) и др. *Schmieden* находилъ ихъ во всѣхъ своихъ случаяхъ („stets"), тогда какъ *Roggenbau* въ одной и той же опухоли (въ своемъ второмъ случаѣ) мѣстами находилъ много эластическихъ волоконъ, мѣстами мало, а мѣстами констатировалъ полное ихъ отсутствіе. *Свѣчниковъ* нашелъ лишь „очень мало" эластическихъ воло-

---

[1]) *Schmieden*. Ueber den Bau und die Genese der Lebercavernome. V.A. 1900. Bd. 161. p. 393.

конъ. *Merkel* и *Kasai* считали вполнѣ установленнымъ, что перегородки между кавернозными полостями гемангіомъ печени богаты эластическими волокнами. Послѣднія, по этимъ авторамъ, сохраняются очень долго даже послѣ запустѣнія полостей. По наблюденіямъ этихъ же авторовъ, окрашиваніе запустѣвшихъ гемангіомъ печени на эластическую ткань непремѣнно представитъ „скелетъ" кавернозныхъ гемангіомъ, въ видѣ круговъ изъ эластическихъ волоконъ.

Печеночныя клѣтки въ перегородкахъ находили многіе изслѣдователи (*Koppeler*, *Ziegler*, *Ribbert*, *Mantle* (1903), *Ljunggren*, *Harter и Weil* и др.). Одни авторы находили печеночныя клѣтки, ничѣмъ не отличавшіяся отъ нормальныхъ, другіе (*Mantle*, *Harter и Weil*)—атрофированныя, наконецъ, третьи (*Ljunggren*)—некротизированныя. Однако, въ большинствѣ случаевъ печеночныя клѣтки не встрѣчались внутри опухоли.

Желчные протоки встрѣчаются въ перегородкахъ и въ самостоятельныхъ соединительнотканныхъ участкахъ внутри гемангіомы болѣе часто, чѣмъ печеночныя клѣтки. Ихъ описали многіе авторы: *Шервинскій*, *Lilienfeld*, *Брюхановъ*, *Schmieden*, *Mantle*, *Ljunggren*, *Свѣчниковъ*, *Roggenbau* и др. *Schmieden*, при изслѣдованіи своихъ случаевъ, лишь рѣдко встрѣчалъ въ перегородкахъ между полостями желчные протоки, другіе же авторы встрѣчали ихъ въ большомъ количествѣ.

Кровеносные сосуды находили и въ перегородкахъ, и въ соединительнотканныхъ участкахъ кавернозныхъ гемангіомъ. Большинство авторовъ (*Шервинскій*, *Брюхановъ*, *Merkel*, *Свѣчниковъ*, *Pichler*, *Roggenbau* и др.) наблюдали капиллярные сосуды, которые нѣкоторыми (*Брюхановъ*, *Merkel* и др.) принимались за vasa vasorum.

Нѣкоторые изслѣдователи (*Шервинскій*, *Journiac*, *Lilienfeld*, *Harter и Weil* и др.) находили въ перегородкахъ между полостями обильный круглоклѣточный инфильтратъ. *Hanot и Gilbert* и *Hoppe-Seyler и Quincke* описали въ перегородкахъ темный „меланотическій" пигментъ (упомянутые авторы ничего не говорятъ о происхожденіи этого пигмента). Наконецъ, *Merkel* въ одномъ случаѣ миліарнаго туберкулеза кон-

статировалъ въ перегородкѣ кавернозной гемангіомы печени миліарный бугорокъ.

Къ межуточной ткани гемангіомъ печени относится, по *Ribbert'у*, также ихъ капсула, состоящая изъ волокнистой соединительной ткани, изъ которой, по мнѣнію этого автора, исходятъ всѣ перегородки между полостями. Кромѣ того, описаны (*Virchow*'ымъ, *Burckhard*'омъ и др.) тонкіе соединительнотканные тяжи, направляющіеся между клѣтками близлежащихъ печеночныхъ долекъ. Эти авторы считали, что капсула образуется одновременно съ развитіемъ кавернозной гемангіомы, другіе же (*Schmieden* и др.) полагаютъ, что капсула является образованіемъ вторичнымъ, получающимся благодаря развитію соединительной ткани на мѣстѣ атрофированной (отъ давленія опухоли) печеночной ткани. Въ пользу послѣдняго взгляда говоритъ, между прочимъ, частое нахожденіе сдавленныхъ желчныхъ протоковъ въ такихъ „капсулахъ" гемангіомъ. Наконецъ, третьи авторы, какъ мною уже было упомянуто, совершенно не наблюдали капсулы по окружности изслѣдованныхъ ими гемангіомъ печени.

По описаніямъ однихъ авторовъ въ печеночной ткани по окружности кавернозныхъ гемангіомъ не наблюдается никакихъ измѣненій, по описаніямъ же другихъ таковыя отмѣчаются. *Burckhard* находилъ жировое перерожденіе близлежавшихъ печеночныхъ клѣтокъ, *Wördehoff*—явленія застоя, другіе авторы отмѣчали появленіе бураго пигмента и атрофію клѣтокъ печени, разрастаніе желчныхъ протоковъ и т. д.

Довольно часто авторами отмѣчается измѣненіе въ строеніи печени, на что однимъ изъ первыхъ обратилъ вниманіе *Lilienfeld*. Это измѣненіе состоитъ въ томъ, что въ частяхъ печени, окружающихъ кавернозныя гемангіомы, строеніе долекъ печени представляется нарушеннымъ. Клѣтки печени въ этихъ мѣстахъ располагаются преимущественно параллельно границамъ гемангіомы и лишь на нѣкоторомъ разстояніи отъ опухоли возстанавливается обычное расположеніе клѣтокъ въ видѣ балокъ долекъ. Авторы приводятъ описанное концентрическое къ опухоли расположеніе печеночныхъ клѣтокъ въ связь съ давленіемъ, оказываемымъ гемангіомами на окружающую ихъ ткань печени.

Что касается измѣненій строенія печени вдали отъ гемангіомъ, то одни авторы (*Burckhard* и др.) находили печеночную ткань нормальной, другіе описали цѣлый рядъ измѣненій. Большинство авторовъ наблюдали одновременно застой въ сосудахъ печени и жировое перерожденіе или атрофію печеночныхъ клѣтокъ. *Шервинскій* нашелъ значительную круглоклѣточную инфильтрацію интерлобулярной соединительной ткани печени. *Ottendorf* и *Merkel* отмѣтили одновременное съ гемангіомами нахожденіе въ печени кистъ. *Schrohe* (1899) нашелъ въ одной и той же печени атрофическій циррозъ, двѣ кавернозныя гемангіомы и множественныя капиллярныя эктазіи. Самъ *Schrohe* считаетъ свой случай рѣдкимъ, такъ какъ ему не удалось найти въ литературѣ описанія другого случая, подобнаго описанному имъ. *Schmieden* нашелъ въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ наравнѣ съ кавернозными гемангіомами въ печени цѣлый рядъ другихъ патологическихъ процессовъ: ракъ, туберкулезъ, гнойники, циррозъ, застой, желтуху, ожирѣніе, кровоизліянія, кисты, эхинококки, пентастомы и гипертрофическаго характера узелки („knotige Hypertrophie"). По мнѣнію *Schmieden*'а, всѣ перечисленныя измѣненія, за исключеніемъ послѣдняго, не находятся въ какой-либо связи съ образованіемъ гемангіомъ. „Alles pathologische Veränderungen", говоритъ *Schmieden*, „die niemals in einem ersichtlichen ätiologischen Zusammenhang zur Cavernom-Bildung standen" [1]).

Въ Глиссоновой капсулѣ печени нѣкоторые авторы находили утолщеніе ея и круглоклѣточный инфильтратъ.

Ростъ кавернозныхъ гемангіомъ печени большинствомъ авторовъ считается крайне медленнымъ. Вотъ почему, по мнѣнію авторовъ, отсутствуютъ ясные и во всѣхъ случаяхъ замѣтные признаки этого роста.

Многіе авторы (*Шервинскій*, *Hoppe-Seyler* и *Quincke*, *Delbet*, *Schmieden*. *Никифоровъ*, *Roggenbau*, *Israel* (1911) и др.) различали два вида кавернозныхъ гемангіомъ: во-первыхъ, обычно встрѣчающіяся [„die gemeinen Lebercavernome", по *Schmieden*'у [2]); „die gewöhnlichen Lebercavernome", „die häufi-

---

[1]) *Schmieden*. l. c. p. 392.

[2]) *Schmieden*. l. c. p. 387.

gere Form derselben", по *Roggenbau* [1]); „die erworbenen", по *Hoppe-Seyler*'у *и Quincke* [2])], которыя не растутъ и никогда не даютъ о себѣ знать при жизни людей, и во вторыхъ, рѣдко встрѣчающіяся гемангіомы [„die andere, seltenere Form", „die echten cavernösen Gefässgeschwülste", по *Roggenbau* [1]); „die congenitalen Angiome" по *Hoppe-Seyler*'у *и Quincke* [2]); „progredientes Lebercavernom" по *Ljunggren*'у [3])], которыя быстро увеличиваются въ объемѣ и производятъ цѣлый рядъ клиническихъ явленій. Однако, нужно отмѣтить, что авторы, выдѣляющіе „быстро растущія" кавернозныя гемангіомы печени въ особую группу, не нашли какихъ-либо отличій между ихъ строеніемъ и таковымъ „обычныхъ" кавернозныхъ гемангіомъ печени. „Alle diese cavernösen Tumoren", пишетъ *Roggenbau*, „zeigten den typischen Bau cavernöser Angiome" [4]). *Hansemann* изслѣдовалъ одну изъ такихъ чрезвычайно рѣдкихъ, по его мнѣнію, опухолевидныхъ кавернозныхъ гемангіомъ печени и нашелъ ее построенной по обычному типу. „Sie unterschied sich nicht", пишетъ *Hansemann*, „von den gewöhnlichen Angiomen der Leber, die nicht tumorartig über die Oberfläche hervorragen" [5]).

Брюхановъ описалъ одинъ случай быстро разраставшихся множественныхъ гемангіомъ кожи, періоста реберъ и печени и считаетъ, что всѣ истинныя гемангіомы печени разрастаются такъ же быстро, какъ опухоли этого случая. Но, по *Schmieden*'у, образованія, подобныя опухолямъ, описаннымъ *Брюхановымъ* и др., не имѣютъ ничего общаго съ обыкновенными кавернозными гемангіомами печени и представляютъ собою совершенно другого характера опухоли. Ростъ послѣднихъ, по этому автору, наблюдается только въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ ихъ образованія и сказывается сдавленіемъ окружающей печеночной ткани. Въ большинствѣ же кавернозныхъ гемангіомъ *Schmieden* не могъ замѣтить какихъ-либо признаковъ роста.

Цѣлый рядъ другихъ авторовъ, однако, описываетъ

---

[1]) *Roggenbau*. l. c. p.p. 321, 335, 336.

[2]) *Hoppe-Seyler и Quincke*. l. c. p. 436.

[3]) *Ljunggren*. цит. по реф. въ C. Chir. 1904. p. 854.

[4]) *Roggenbau*. l. c. p. 321.

[5]) *Hansemann*. Пренія къ докладу *Israel*'я. Berl. med. Ges. 15.III. 1911. Пр. in M.m.W. 1911. № 12.

картины роста и обыкновенныхъ кавернозныхъ гемангіомъ. *Rokitansky* сравнивалъ ростъ этихъ образованій съ ростомъ раковъ печени. Какъ мною выше уже было указано (стр. 8), его теорія сходства гемангіомъ съ раками теперь имѣетъ одно лишь историческое значеніе. *Virchow*, *Rindfleisch* (1886), *Burckhard*, *Frerichs*, *Wördehoff* и др. объясняли ростъ гемангіомъ печени разрастаніемъ молодой грануляціонной ткани, въ которой уже вторично происходитъ расширеніе капиллярныхъ сосудовъ и образованіе капиллярнаго вида полостей. *Ribbert* во всѣхъ своихъ изслѣдованіяхъ наблюдалъ разрастаніе гемангіомъ, но относительно способа этого роста онъ нѣсколько разъ мѣнялъ свои взгляды. Раньше онъ придерживался приведеннаго выше взгляда *Virchow*'а, *Rindfleisch*'а и др. о значеніи разрастанія грануляціонной ткани при ростѣ этихъ опухолей. Затѣмъ (1898), онъ высказалъ взглядъ, по которому ростъ кавернозныхъ гемангіомъ происходитъ благодаря *одновременному* разрастанію сосудовъ и соединительной ткани. „Ich bin der Meinung“, пишетъ *Ribbert*, „dass Gefäss-und Bindegewebsneubildung von vornherein parallel gehen“ [1]). Въ 1904 г. онъ высказалъ новый взглядъ, по которому ростъ кавернозныхъ гемангіомъ происходитъ двоякимъ путемъ: во-первыхъ, увеличеніемъ имѣющихся полостей и, во-вторыхъ, почкованіемъ небольшихъ полостей Эти маленькія полости или группами выбухаютъ въ печеночную ткань, отдавливая ее in toto, или же внѣдряются въ видѣ тяжей между печеночными клѣтками и раздвигаютъ ихъ. Такимъ образомъ *Ribbert* допускалъ какъ общее, экспансивное увеличеніе, такъ и инфильтративный ростъ гемангіомъ. „Das Cavernom, пишетъ *Ribbert*, „wächst also sowohl *wurzelförmig*, wie durch *Expansion* im ganzen“ [2]). Наконецъ, въ 1908 г. *Ribbert* указалъ, что кавернозныя гемангіомы печени разрастаются путемъ одновременнаго новообразованія соединительной ткани и эндотелія. „Das Wachstum der Geschwulst“, пишетъ *Ribbert*, „erfolgt aus sich heraus durch gleichzeitige Vermehrung des Bindegewebes und des Endothels“ [3]).

[1]) *Ribbert*. Ueber Bau, Wachstum und Genese der Angiome etc. V.A. 1898. Bd. 151. p. 390.

[2]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. 1904. p. 179.

[3]) *Ribbert*. Lehrbuch der allgem. Pathologie und der patholog. Anatomie. 1908. p. 247.

Такимъ образомъ оказывается, что на вопросъ о существованіи роста кавернозныхъ гемангіомъ печени, а также о способѣ этого роста, въ литературѣ имѣются различные отвѣты, часто исключающіе другъ друга. Нѣтъ сомнѣнія, что ростъ этотъ дѣйствительно имѣетъ мѣсто и что не всѣ „обычныя" гемангіомы печени, должны, какъ это думаетъ *Schmieden*, въ скоромъ времени превратиться въ преимущественно „фиброзныя" опухоли. На существованіе активнаго роста гемангіомъ печени указываетъ цѣлый рядъ описанныхъ „опухолевидныхъ" кавернозныхъ гемангіомъ, строеніе которыхъ такое же, какъ и всѣхъ остальныхъ кавернозныхъ гемангіомъ вообще и печени въ частности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрастаніе шло такъ быстро или же клиническія явленія оказались столь значительными, что потребовалось оперативное вмѣшательство. Слѣдующіе авторы произвели или описали чревосѣченія, предпринятыя по поводу кавернозныхъ гемангіомъ печени: *Hagedorn-Birch-Hirschfeld* (1896) *Hanks* (1892), *Eiselsberg*, *Rosenthal* (1893), *Keen* (1897), *Pfannenstiel*, *König* (1899), *Langer* (1901, описалъ подробно случай, оперированный *Pfannenstiel*'емъ), *Filipini* (1901), *Mantle*, *Pichler* (1903), *Dahlgren*, *Ljunggren*, *Genersich* (1908), *Chiari* (1909), *Roggenbau* (изслѣдовалъ подробно опухоль, описанную *Chiari*), *Wendel* (1911), *Israel* (1911) [1]). Въ большинствѣ случаевъ опухоли были удалены. При изслѣдованіи микроскопическое строеніе удаленныхъ гемангіомъ ничѣмъ не отличалось отъ строенія остальныхъ, „обычныхъ", кавернозныхъ гемангіомъ печени.

Долго существующія гемангіомы печени могутъ претерпѣть различныя превращенія. Большія руководства (*Frerichs*, *Lancereaux*, *Hanot* и *Gilbert*, *Hoppe-Seyler* и *Quincke* и др.) упоминаютъ о четырехъ возможныхъ ихъ превращеніяхъ. Однако, число возможныхъ превращеній или „исходовъ" кавернозныхъ гемангіомъ, несомнѣнно, больше.

Въ доступной для меня литературѣ описано не менѣе семи исходовъ.

---

1) По *Israel*'ю, операціи по поводу гемангіомъ печени были произведены только въ 6 случаяхъ. Этотъ же авторъ отмѣчаетъ, что онъ первый поставилъ вѣрный діагнозъ опухоли еще *до* операціи.

1) Иногда у стариковъ довольно большія гемангіомы печени по строенію ничѣмъ не отличаются отъ небольшихъ гемангіомъ, находимыхъ у дѣтей и молодыхъ людей. Данный фактъ говоритъ въ пользу предположенія, что гемангіомы у стариковъ, несмотря на долгое существованіе (величина опухоли, возрастъ носителя), повидимому, могутъ не представлять какихъ либо особенныхъ измѣненій.

2) Во многихъ случаяхъ наблюдались разрывы какъ перегородокъ между полостями, такъ и (значительно рѣже) наружной стѣнки какой-нибудь полости, расположенной на периферіи гемангіомы. Въ первомъ случаѣ гемангіома можетъ превратиться въ кисту, которая иногда впослѣдствіи теряетъ связь съ сосудами печени и оказывается наполненной серознымъ содержимымъ (*Hoppe-Seyler* и *Quincke*). Во второмъ случаѣ можетъ наступить кровотеченіе, иногда смертельное. На такой исходъ первымъ указалъ *Schuh* въ 1854 году. Однако, *Virchow* на основаніи своихъ наблюденій и литературныхъ данныхъ не согласился съ *Schuh*, считая невозможнымъ, чтобы гемангіомы печени могли дать такой исходъ. „Mir scheinen", пишетъ *Virchow*, „diese Angaben auf Verwechslungen zu beruhen: ich finde nirgends beweisende Thatsachen dafür" [1]. Свыше 30 лѣтъ господствовало это мнѣніе *Virchow*'а. Такъ, напримѣръ, въ 1894 г. *Burckhard* приводитъ его безъ всякихъ оговорокъ. Однако, новые, вполнѣ точно изслѣдованные случаи, описанные *Häfen*'омъ [2]) (1893) и *Chiari* (смертельный исходъ послѣ кровотеченія изъ прорвавшейся гемангіомы печени), подтвердили возможность того исхода, который впервые описалъ *Schuh*.

3) Лишь историческій интересъ имѣетъ ученіе о злокачественномъ перерожденіи кавернозныхъ гемангіомъ, возможность котораго предполагалъ *Rokitansky*.

4) Рѣдкимъ исходомъ является омертвѣніе нѣкоторыхъ участковъ кавернозныхъ гемангіомъ, описанное особенно подробно *Chartier* (1904).

Этотъ авторъ описалъ случай опухоли печени, случайно найденной при вскрытіи у 36-лѣтней женщины, умершей отъ туберкулеза лег-

---

1) V. p. 390.

2) Случай *Häfen*'а приведенъ также *Borst*'омъ (1902).

кихъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ *Cornil*'емъ, въ периферическихъ частяхъ опухоли печени была найдена кавернозная гемангіома съ нѣсколько утолщенными перегородками. Центральная же часть опухоли имѣла тоже кавернозное строеніе, но представлялась некротизованной. По окружности этой центральной части открывалась довольно широкая полоса изъ молодой грануляціонной ткани. Кругомъ всей опухоли, на границѣ съ печенью, была видна фиброзная капсула.

Chartier не нашелъ въ литературѣ указаній на частичное омертвѣніе гемангіомы. Въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти только одинъ подобный случай у *Schmieden*'а, который описалъ у 90-лѣтней старухи разсѣянные небольшіе некротическіе участки въ кавернозной гемангіомѣ печени. На основаніи того, что исходъ въ омертвѣніе описанъ, повидимому, только двумя авторами (*Schmieden*'омъ и *Chartier*), можно сдѣлать заключеніе, что подобный исходъ является крайне рѣдкимъ.

5) Нѣкоторые авторы описали значительное отложеніе темнаго „меланотическаго" пигмента въ перегородкахъ кавернозныхъ гемангіомъ и въ окружающей ихъ печеночной ткани. *Hanot* и *Gilbert* называли такія опухоли: „angiomes mélanotiques". *Chartier* считалъ, что онѣ сдѣлались „источникомъ пигмента". „Ces angiomes", пишетъ послѣдній авторъ, „deviennent une source de pigment" [1]).

6) Наиболѣе часто описывается, что по окружности кавернозныхъ гемангіомъ появляется плотная соединительнотканная капсула (*Hoppe-Seyler* и. *Quincke*, *Ziegler*, *Borst* и др.). *Schmieden* предполагалъ, что эта капсула образуется изъ печеночной ткани, окружающей опухоль. Онъ считалъ образованіе такой капсулы явленіемъ не частымъ и наблюдалъ такія инкапсулированныя гемангіомы только три раза (на 32 случая).

7) Наконецъ, описывается авторами „излѣченіе" (*Virchow*) гемангіомъ печени, т. е. превращеніе ихъ въ плотные рубцовые узлы. *Böttcher* первый описалъ такое превращеніе кавернозныхъ гемангіомъ. Ему удалось найти въ одной и той же печени узлы кавернозной гемангіомы обыч-

---

[1]) *Chartier*. Angiome caverneux du foie.-Mortification de la partie centrale. Soc. anat. 1904. № 1. p. 75.

наго строенія и рубцовые узлы. Кромѣ того, онъ нашелъ узлы, представлявшіе переходное строеніе между кавернозными и рубцовыми узлами. Цѣлый рядъ другихъ авторовъ также наблюдали переходъ гемангіомъ въ фиброзные, не сосудистые узлы. *Borst* (1902), между прочимъ, отмѣтилъ, что въ такихъ узлахъ можетъ наступить частичное объизвествленіе.

Фиброзное перерожденіе кавернозныхъ гемангіомъ можетъ произойти различнымъ путемъ. По *Böttcher*'у, *Virchow*'у, *Lücke* (1865), *Merkel*'ю и др., оно происходитъ, главнымъ образомъ, путемъ разрастанія соединительной ткани въ перегородкахъ между полостями. По мнѣнію ряда другихъ авторовъ (*Klebs*'а, *Birch-Hirschfeld*'а, *Ziegler*'а, *Orth*'а, *Kaufmann*'а, *Sternberg*'а (1911), *Schmieden*'а, *Kasai* и др.), это превращеніе, главнымъ образомъ, происходитъ вслѣдствіе организаціи тромбовъ. Интересно отмѣтить, что какъ *Merkel*, такъ и *Kasai* наблюдали въ своихъ случаяхъ оба способа преобразованія кавернозныхъ гемангіомъ. Между тѣмъ, *Merkel* придаетъ большее значеніе соединительнотканному утолщенію перегородокъ, а *Kasai*—организаціи тромбовъ. Послѣдній авторъ указалъ, что, по его мнѣнію, утолщеніе перегородокъ незначительно, хотя и является первичнымъ процессомъ, который уже вторично влечетъ за собою образованіе тромбовъ въ полостяхъ.

Несмотря на сравнительно несложное строеніе кавернозныхъ гемангіомъ печени, вопросъ объ ихъ *происхожденіи* является до сихъ поръ не выясненнымъ. Въ литературѣ приводится цѣлый рядъ гипотезъ, иногда дополняющихъ, а иногда исключающихъ другъ друга, при помощи которыхъ различные авторы пытались объяснить генезъ этихъ, по выраженію *Schmieden*'а, „загадочныхъ образованій" („räthselhafte Gebilde") [1]. Наряду съ теоріями, при помощи которыхъ авторы имѣли въ виду объяснить происхожденіе сосудистыхъ ново образованій вообще и въ частности кавернозныхъ гемангіомъ во всемъ тѣлѣ, многими авторами были высказаны гипотезы, имѣющія цѣлью объяснить генезъ кавернозныхъ гемангіомъ только печени.

[1]) *Schmieden*. l. c. p. 393.

а) Одной изъ такихъ гипотезъ является предположеніе, что причиной развитія кавернозныхъ гемангіомъ печени является *первичная атрофія печеночныхъ клѣтокъ* въ ограниченныхъ участкахъ печени (при нормальномъ кровяномъ давленіи въ печени). По мнѣнію защитниковъ этой гипотезы, атрофія печеночныхъ клѣтокъ влечетъ за собою, во-первыхъ, расширеніе печеночныхъ капилляровъ какъ бы ex vacuo (образованіе полостей) и, во-вторыхъ, появленіе незначительныхъ воспалительныхъ явленій, въ результатѣ чего происходитъ разрастаніе соединительной ткани (образованіе стѣнокъ полостей).

Большинство патолого-анатомовъ (*Orth. Ziegler*, *Thoma*, *Birch-Hirschfeld*, *Borst*, *Kaufmann*, *Никифоровъ*, *Тизенгаузенъ* (1910) и др.) видѣло причину первичной атрофіи печеночныхъ клѣтокъ въ старческомъ маразмѣ. „Въ основѣ такихъ ангіомъ", пишетъ *М. М. Тизенгаузенъ*, „лежитъ старческая атрофія печеночныхъ трабекулъ съ компенсаторнымъ расширеніемъ капилляровъ" [1]). Съ этой гипотезой хорошо согласовался тотъ фактъ, что кавернозныя гемангіомы печени, дѣйствительно, чаще встрѣчаются у старыхъ людей. *Thoma* поэтому выдѣлилъ эти опухоли въ особую группу „старческихъ" ангіомъ. *Ziegler* въ нѣсколькихъ изданіяхъ своего руководства приводилъ описаніе случая, въ которомъ въ печени были найдены многочисленные узлы кавернозной гемангіомы, а также всевозможныя переходныя картины, начиная отъ расширенія отдѣльныхъ капилляровъ и кончая кавернозной метаморфозой цѣлыхъ долекъ. Въ послѣднихъ же изданіяхъ своего руководства *Ziegler* уже не упоминаетъ о только что приведенномъ случаѣ. На основаніи этого можно думать, что онъ отказался отъ собственнаго предположенія, что гемангіомы печени могутъ развиться въ результатѣ первичной атрофіи печеночныхъ клѣтокъ. Такъ, напримѣръ, въ X-омъ (1901/02) и XI-омъ (1905/06) изданіи онъ ограничивается лишь приведеніемъ взглядовъ *Брюханова*. *Schmieden*'а и др.

Другой причиной расширенія капилляровъ печени при

---

[1]) Баронъ *М. Тизенгаузенъ*. Къ вопросу объ этіологіи опухолей. Дисс. Одесса 1910. р. 4.

нормальномъ кровяномъ давленіи можетъ явиться, по *Burckhard*'у, жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ.

Третью причину атрофіи и исчезанія печеночныхъ клѣтокъ съ образованіемъ каверномъ можно, по *Leratidi* (1901), создать искусственно у животныхъ путемъ отравленія ихъ кумариномъ, послѣдствіемъ котораго (у мышей) наблюдается коагуляціонный некрозъ печеночныхъ клѣтокъ и измѣненія въ кровеносной системѣ печени, поразительно похожія на кавернозныя гемангіомы. „Die Aehnlichkeit", пишетъ *Leratidi*, „mit den bekannten cavernösen Tumoren der Leber ist eine sehr auffallende, und es wäre nicht unmöglich. dass die hier gegebenen Versuchsresultate auch auf die Genese dieser Tumoren ein neues Licht werfen" [1]). Однако, послѣдующія изслѣдованія *Kempf*'а (1901) и др. показали полную несостоятельность приведеннаго предположенія *Leratidi*.

На четвертую причину указалъ *Beneke* (1890). Этотъ авторъ нашелъ закупорку желчнаго протока туберкулезнымъ бугоркомъ, повлекшую за собою застой желчи въ ограниченномъ участкѣ печени. Подъ вліяніемъ *застоя желчи* въ этомъ участкѣ печени наступила „первичная" (т. е. независимая отъ измѣненій кровяного давленія) атрофія печеночныхъ клѣтокъ и послѣдовательное расширеніе капиллярныхъ кровеносныхъ сосудовъ центральныхъ частей долекъ. Мѣстами произошло сліяніе нѣсколькихъ сосѣднихъ капилляровъ съ образованіемъ небольшихъ полостей. Описанный участокъ печени, по словамъ *Beneke*, напоминалъ макроскопически инфарктъ и представлялъ собою начальную стадію образованія кавернозной гемангіомы („allerjüngstes Angiom") [2]). *Beneke* опубликовалъ свой случай для того, чтобы указать, какимъ образомъ можетъ получиться *ограниченное* заболѣваніе печени. Однако, отмѣчу, что описанное этимъ авторомъ „ограниченное образованіе" въ печени не представлялось типичной кавернозной гемангіомой (самъ *Beneke* писалъ, что оно было похоже на инфарктъ), а потому устано-

---

[1]) *Leratidi*. Experimentelle Untersuchungen über Cumarinvergiftung. C. Path. 1901. XII. № 6. p. 247.

[2]) *Beneke*. Casuistische Beiträge zur Geschwulstlehre. III. Zur Genese der Leberangiome. V. A. 1890. Bd. 119. p. 79.

вленный имъ генезъ этого „образованія“ врядъ ли можетъ быть использованъ для объясненія происхожденія кавернозныхъ гемангіомъ печени. Съ другой стороны, *Schmieden* считалъ недоказаннымъ, что описанное *Beneke* образованіе появилось позже развитія застоя желчи.

Schmieden, также какъ и *Брюхановъ* и многіе другіе авторы, высказался вообще противъ приведенной выше теоріи о значеніи первичной атрофіи въ генезѣ кавернозныхъ гемангіомъ печени. И въ самомъ дѣлѣ, при цѣломъ рядѣ патологическихъ процессовъ (при экдямпсіи, острой желтой атрофіи и т. п.) въ печени наблюдается атрофія, жировое перерожденіе и некрозъ печеночной паренхимы. Между тѣмъ установлено какъ правило, что изъ такихъ, частично перерожденныхъ участковъ печени никогда гемангіомы не образуются.

b) Другой „мѣстной“ теоріей является предположеніе, что кавернозныя гемангіомы печени образуются подъ вліяніемъ сильнаго или долгаго *застоя крови* въ печени. Благодаря застою происходитъ, по этой теоріи, постепенное расширеніе капилляровъ печени и ихъ превращеніе въ кавернозныя полости; вторично уже происходитъ развитіе соединительной ткани.

Первичный застой крови въ печени можетъ наступить отъ общихъ причинъ (болѣзни сердца, легкихъ и др.) и мѣстныхъ (измѣненія въ самой печени).

Нѣкоторые авторы (*Hanot и Gilbert*, *Mauclaire и de Bovis*, *Scheffen*, *Borst* и др.) указали на то, что кавернозныя гемангіомы печени чаще всего встрѣчаются въ застойныхъ печеняхъ. Однако, *Klebs* обратилъ вниманіе какъ разъ на рѣдкость этихъ образованій въ застойныхъ печеняхъ, а *Schmieden* встрѣчалъ гемангіомы въ малокровныхъ печеняхъ.

Другіе авторы находили мѣстныя измѣненія въ сосудистой системѣ печени. Такъ, напримѣръ, найдены были кавернозныя гемангіомы печени одновременно со сдавленіями печеночной вены кистами[1]) (*Ottendorf*) и опухолями

[1]) Отмѣчу, что *Saake* (отецъ) 1893 и *Saake* (сынъ) 1896 наблюдали, что у животныхъ, подъ вліяніемъ закупорки печеночной вены тромбами, сначала происходитъ застой, а затѣмъ развитіе кавернозныхъ гемангіомъ печени.

(*Scheffen*). *Schrohe* (1899) связывалъ наличность кавернозной гемангіомы печени съ варикознымъ расширеніемъ вѣтвей воротной вены, а другіе авторы—съ облитераціей послѣдней. *Jores* (1898) высказался въ пользу того, что кавернозныя гемангіомы печени могутъ образоваться изъ геморрагическихъ инфарктовъ, подвергнувшихся атрофіи („aus hämorrhagisch atrophischen Infarcten")[1]). Но наличность тромбовъ и инфарктовъ въ печени и облитераціи большихъ сосудовъ печени наблюдалась и описывалась неоднократно (*Chiari* и мн. др.) и безъ всякихъ указаній на образованіе кавернозныхъ гемангіомъ. Въ отвѣтъ *Jores*'у *Chiari* указалъ, что онъ никогда не находилъ такихъ измѣненій въ печени, которыя говорили бы въ пользу образованія гемангіомъ изъ красныхъ инфарктовъ, подвергшихся атрофіи. Кромѣ того, наличность обширныхъ капиллярныхъ анастомозовъ въ печени дѣлаетъ, по *Schmieden*'у, мало вѣроятнымъ возможность образованія гемангіомъ изъ ограниченныхъ застойныхъ ея участковъ.

Jores пытался вызвать образованіе гемангіомъ печени экспериментальнымъ путемъ при помощи искусственно вызваннаго въ ней застоя. Съ этой цѣлью этотъ авторъ путемъ перевязки печеночныхъ венъ у нѣсколькихъ кошекъ уменьшилъ просвѣтъ этихъ сосудовъ. Результаты опытовъ *Jores*'а, описанные *Scheffen*'омъ, были не особенно блестящи: только въ одномъ случаѣ черезъ 14 дней послѣ операціи были найдены при вскрытіи кошки ограниченные темные участки, выдѣлявшіеся въ застойной печени. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ участковъ, въ нихъ оказалось очень сильное расширеніе капилляровъ: „eine", пишетъ *Scheffen*, „über mehrere Acini sich erstreckende, kavernomatöse hochgradige Kapillarektasie"[2]). Часть печеночныхъ клѣтокъ представлялась нормальной, часть атрофированной. Развитія соединительной ткани не было видно. *Scheffen* въ своемъ заключеніи указалъ, во-первыхъ, на то, что такія образованія, какія имъ были описаны, обыкновенно не наблюдаются въ печени у кошекъ, и, во-вторыхъ, на то, что *Jores*'у

---

1) *Jores*. Пренія къ докладу Chiari. P. G. 1898. I. p. 17.

2) *Scheffen*. Beiträge zur Histogenese der Leberkavernome. I. D. Bonn. 1897. p. 30.

удалось экспериментально получить начальную стадію гемангіомы печени. Относительно перваго указанія *Scheffen*'а я долженъ возразить, что кавернозныя гемангіомы печени у кошекъ наблюдались различными авторами, напримѣръ, *Sutton*'омъ (1881), *Sims Woodhead*'омъ, *Ball*'емъ (1904) и др.. Первые два автора даже указали, что эти опухоли у кошекъ встрѣчаются часто: „but in the liver of the cat", пишетъ *Sims Woodhead*, „is of common occurence" [1]). Что касается результатовъ опытовъ *Jores*'а, то изъ описанія *Scheffen*'а, по моему мнѣнію, видно только то, что первому не удалось получить развитія даже начальной стадіи кавернозной гемангіомы.

Наконецъ, въ пользу теоріи образованія гемангіомъ печени вслѣдствіе застоя крови было приведено много наблюденій надъ печенями у животныхъ, главнымъ образомъ у рогатаго скота. У послѣдняго кавернозныхъ гемангіомъ печени описано лишь очень мало, за то встрѣчаются часто и описаны многими авторами ограниченныя капиллярныя ея эктазіи Такія эктазіи описали слѣдующіе авторы: *Sluys и Korevaar* 1890, *Saake* (отецъ) 1893, *Marek* 1894, *Kitt* 1895, *Saake* (сынъ) 1896, *Stockmann* 1896, *Scheffen* 1897, *Stroh* 1902, *Aberasthury и Dessy* 1903, *Rossi* 1906, *Jaeger* 1907, *Rühmekorf* 1907 и др. У людей, наоборотъ, кавернозныя гемангіомы печени наблюдаются чаще, а ограниченныя расширенія ея капилляровъ — рѣже. Послѣднія описали слѣдующіе авторы: *Schrohe* 1899, *Fabris* 1899, *Schmieden* 1900, *Scheppard* 1907, *Löhlein* 1909, *Hedrén* 1909, *Свѣчниковъ* 1909/10 и др. *Scheppard* отмѣтилъ, что въ доступной ему литературѣ онъ нашелъ описанія только 32 такихъ случаевъ.

Scheffen и нѣкоторые другіе авторы, которые изслѣдовали у животныхъ много печеней съ участками изъ расширенныхъ отъ застоя капилляровъ, предполагали, что такіе участки являются начальными стадіями развитія кавернозныхъ гемангіомъ. Однако, другіе авторы (*Aberasthury и Dessy*, *Schmieden*, *Hedrén*, *Свѣчниковъ*) считаютъ кавернозныя гемангіомы и капиллярныя расширенія печени за два процесса, совершенно различныхъ и независимыхъ другъ отъ друга *Aberasthury и Dessy* даже предложили обозначить эти капиллярныя эктазіи терминомъ „pseudoangiomatosis".

1) *Sims Woodhead*, l. c.

Изъ приведеннаго видно, что на всѣ объясненія и доказательства защитниковъ *„застойной“* теоріи образованія гемангіомъ печени имѣется очень много вѣскихъ возраженій, такъ что въ настоящее время большинство патологовъ пришло къ убѣжденію что застой крови не является первопричиной образованія упомянутыхъ опухолей. „Die Ursache des Ganzen ist sie (die Stauung) nicht“, пишетъ *Schmieden* [1]). Застой крови, по мнѣнію большинства авторовъ, имѣетъ лишь второстепенное значеніе, усиливая или же видоизмѣняя ростъ кавернозныхъ гемангіомъ, уже имѣющихся въ печени.

Остальными теоріями пытались объяснить образованіе кавернозныхъ гемангіомъ не только въ печени, но и во всемъ тѣлѣ.

c) *Burckhard* и *Ewald* указали на возможность образованія кавернозныхъ гемангіомъ печени изъ *кровоизліяній*. По мнѣнію *Burckhard*'а, мелкіе геморрагическіе очаги въ соединительной ткани вокругъ воротной вены остаются въ связи съ кровообращеніемъ, т. е. какъ съ приводящимъ, такъ и съ отводящимъ (?) сосудомъ. Авторъ представляетъ себѣ это дѣло такъ, что мѣсто разрыва сосуда остается открытымъ, тромбоза не наступаетъ, и что изливinfaяся кровь имѣетъ возможность стекать въ какіе-нибудь близко расположенные капиллярные сосуды. По окружности получившагося подъ вліяніемъ кровотеченія тканевого дефекта образуется соединительнотканная капсула, которая постепенно выстилается эндотеліемъ изъ сосудовъ, сообщающихся съ кровоизліяніемъ. Дальнѣйшая „кавернозная метаморфоза“ описаннаго образованія, по мнѣнію *Burckhard*'а, можетъ произойти очень легко.

Однако, всѣ остальные авторы, писавшіе о генезѣ гемангіомъ, рѣшительно высказались противъ приведенной теоріи. Такъ, напримѣръ, *Schmieden* изслѣдовалъ нѣсколько кровоизліяній въ печени, а также много кавернозныхъ гемангіомъ этого органа, и ни разу не могъ отмѣтить какой-либо связи между этими двумя патологическими процессами.

---

[1]) *Schmieden*, l. c. p. 380.

d) Наиболѣе старой является теорія, объясняющая образованіе кавернозныхъ гемангіомъ вообще и печени въ частности *первичнымъ разрастаніемъ соединительной ткани*. *Virchow* (1854) первый указалъ, что „Der Prozess beginnt mit einer Vermehrung des Zwischenbindegewebes der Leber“ [1]). *Virchow* представлялъ себѣ, что первичное разрастаніе межуточной ткани печени ведетъ къ исчезновенію печеночныхъ клѣтокъ, послѣ чего въ новообразованной соединительной ткани расширяются сосуды, стѣнки которыхъ утолщаются и сливаются съ окружающей соединительной тканью. При дальнѣйшемъ же расширеніи сосудовъ межуточная ткань и стѣнки сосудовъ постепенно атрофируются и превращаются въ балки, а просвѣты сосудовъ — въ полости кавернозной гемангіомы. *Rindfleisch* также считалъ гиперплазію интерлобулярной соединительной ткани первичнымъ процессомъ, а расширеніе просвѣтовъ вѣтвей воротной вены послѣ сморщиванія новообразованной соединительной ткани—вторичнымъ. *Burckhard* предложилъ, какъ уже упомянуто (см. выше), теорію, по которой кавернозныя гемангіомы печени происходятъ изъ кровоизліяній. Кромѣ того, этотъ же авторъ предложилъ еще другую теорію. Онъ считалъ также возможнымъ допустить слѣдующее предположеніе. Въ междольковой ткани появляется грануляціонная ткань, содержащая какъ новообразованные „артеріальные“ капилляры („die im Granulationsgewebe“, говоритъ *Burckhard*, „neugebildeten *arteriellen* Capillaren“) [2]), такъ и „артеріальные капилляры“ печеночной артеріи („die präexistirenden arteriellen Capillaren der Leberarterie“) [3]). При сморщиваніи и превращеніи грануляціонной ткани въ плотную рубцовую соединительную ткань наступаетъ, по *Burckhard*'у, кавернозная метаморфоза какъ новообразованныхъ, такъ и предсуществовавшихъ артеріальныхъ капилляровъ. *Lilienfeld*, *Ribbert*, *Брюхановъ* и др. также считали первопричиной развитія кавернозныхъ гемангіомъ печени наличность воспалительныхъ

[1]) „Процессъ начинается съ увеличенія межуточной ткани печени“. *Virchow*. 1854. l. c. p. 542.

[2]) *Burckhard*. l. c. p. 18. Курсивъ автора.

[3]) *Онъ-же*. l. c. p. 20.

явленій въ соединительной ткани по окружности сперва вѣтвей воротной вены, а потомъ вообще междольковыхъ сосудовъ, при чемъ стѣнка воротной вены теряетъ эластичность и легко расширяется подъ вліяніемъ даже нормальнаго кровяного давленія [1]).

Virchow не далъ отвѣта на вопросъ, является ли описанное имъ первичное разрастаніе соединительной ткани воспалительнымъ явленіемъ, или нѣтъ. Онъ только сравнивалъ начальныя стадіи развитія кавернозныхъ гемангіомъ съ воспалительными явленіями въ печени („chronische Hepatitis" [2]), „interstitielle Hepatitis") [3]) и находилъ оба процесса сходными между собою.

Такой же взглядъ на происхожденіе кавернозныхъ гемангіомъ печени высказывали и французскіе авторы (*Monod*, *Journiac*, *Cornil* и др.). Они указали на наличность круглоклѣточнаго инфильтрата въ стѣнкахъ сосудовъ печеней, въ которыхъ были найдены кавернозныя гемангіомы. Подъ вліяніемъ воспалительнаго процесса, стѣнки сосудовъ, по мнѣнію приведенныхъ авторовъ, дѣлаются болѣе податливыми и расширяются, благодаря чему появляются кавернозныя полости. Наконецъ, *Harter и Weil* указали на туберкулезъ какъ на причину тѣхъ воспалительныхъ явленій въ печени, которыя могутъ быть началомъ развитія кавернозныхъ гемангіомъ. „L'angiome est donc, à notre avis", пишутъ послѣдніе авторы, „d'origine tuberculeuse: c'est une formation scléreuse de bacillose atténuée où la circulation hépatique a mis son cachet" [4]). Кромѣ послѣднихъ двухъ авторовъ, никто не указываетъ на возможную причину разрастанія соединительной (грануляціонной) ткани.

[1]) *Ribbert* впослѣдствіи (1898) нѣсколько видоизмѣнилъ приведенный выше взглядъ различныхъ авторовъ на значеніе разрастанія соединительной ткани. Это разрастаніе, по *Ribbert*'у (1898), хотя и играетъ большую роль при образованіи кавернозныхъ гемангіомъ печени, но не является единственнымъ начальнымъ явленіемъ ихъ развитія, такъ какъ параллельно съ нимъ идетъ также разрастаніе сосудовъ.

[2]) *Virchow*. 1854. l. c. p. 536.

[3]) *Онъ же*. 1863. l. c. p. 395.

[4]) *Harter и Weil*. Sur la pathogénie de l'angiome du foie. Soc. biol. 1908. T. 64, p. 758.

Отмѣчу, что многіе изслѣдователи высказались противъ теоріи первичнаго разрастанія соединительной ткани, какъ причины развитія кавернозныхъ гемангіомъ, такъ какъ такое разрастаніе обыкновенно заканчивается развитіемъ циррозовъ или фибромъ (*Schmieden* и др.) На послѣднюю часть этого замѣчанія можно только возразить, что фибромы въ печени, по *Merkel*'ю, образуются лишь очень рѣдко.

На цѣлый рядъ другихъ доводовъ противниковъ этой, четвертой, теоріи имѣются вполнѣ правдоподобныя возраженія.

Такъ, напримѣръ, на указаніе, что нѣтъ описанія начальныхъ формъ разрастанія соединительной ткани, можно привести наблюденія *Брюханова*, *Ribbert*'а и *Roggenbau*. Впрочемъ, *Schmieden* высказалъ предположеніе, что первые два автора приняли за ростки опухоли обычную перипортальную соединительную ткань. Съ другой стороны, *Ribbert* объяснялъ отсутствіе ясно выраженныхъ явленій разрастанія соединительной ткани по окружности гемангіомъ, а также отсутствіе замѣтныхъ измѣненій въ прилежащихъ къ опухоли печеночныхъ клѣткахъ тѣмъ, что ростъ кавернозныхъ гемангіомъ печени отличается медленностью. Добавлю, что нѣкоторые авторы находили измѣненную группировку печеночныхъ клѣтокъ въ окружности опухоли (параллельно ея границѣ), а *Lilienfeld* описалъ воспалительнаго характера разрастаніе соединительной ткани по периферіи кавернозной гемангіомы.

Нѣкоторые авторы указали на отсутствіе въ кавернозныхъ гемангіомахъ остатковъ печеночной ткани, однако, многіе авторы (стр. 284) наблюдали въ межуточной ткани этихъ опухолей какъ печеночныя клѣтки, такъ и желчные протоки, а *Pilliet* (1891) и др. (стр. 281) — элементы зародышевой ткани печени.

Въ качествѣ одного изъ наиболѣе серьезныхъ возраженій противъ теоріи „первичнаго разрастанія соединительной ткани“ фигурируетъ указаніе на случаи, описанные *Orth*'омъ и *Schmieden*'омъ, когда въ опухоляхъ или совсѣмъ не было соединительной ткани, или же послѣдняя имѣлась только въ нѣкоторыхъ частяхъ ея. *Schmieden* въ одной печени нашелъ двѣ опухоли, макроскопически не отличавшія-

ся другъ отъ друга, между тѣмъ какъ при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что одна опухоль была построена по обычному типу („fibröses Kavernom“) а въ другой перегородки состояли изъ печеночныхъ клѣтокъ („Leberzellenkavernom“). Въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно наблюдаются почти полное отсутствіе капсулы и многочисленные широкіе анастомозы между полостями опухолей и печеночными капиллярами. *Schmieden* и указалъ, что разъ найдены кавернозныя гемангіомы, въ которыхъ нѣтъ никакого развитія соединительной ткани, то этимъ самымъ опровергается и теорія „первичнаго разрастанія соединительной ткани“. *Ribbert*, однако, не согласился съ *Schmieden*'омъ и указалъ, какъ мною уже было упомянуто выше (стр. 279), что описанныя *Schmieden*'омъ опухоли онъ не признаетъ за кавернозныя гемангіомы. При этомъ напомню, что самъ *Ribbert* разрастаніе соединительной ткани не считаетъ причиной образованія гемангіомъ.

Въ виду того, что вопросъ о томъ, почему разрастаніе соединительной ткани въ печени должно закончиться образованіемъ кавернозной гемангіомы, а не циррозомъ и т. п., такъ и остался не выясненнымъ, слѣдуетъ и эту, четвертую по моему счету, теорію образованія гемангіомъ печени, считать недостаточно доказанной.

e) Наконецъ, были предложены теоріи, объясняющія образованіе гемангіомъ печени различными *неправильностями въ зародышевомъ періодѣ развитія* этого органа.

Birch-Hirschfeld и *Hanot и Gilbert* указали на *первичную врожденную эктазію капилляровъ* печени, ведущую будто бы къ атрофіи печеночныхъ клѣтокъ и къ образованію соприкасающихся полостей. Но особенно большого значенія этой гипотезѣ упомянутые авторы не придаютъ и самъ *Birch-Hirschfeld*, напримѣръ, считаетъ ее допустимой лишь „съ большою степенью вѣроятія“.

Birch-Hirschfeld (въ другомъ мѣстѣ своего руководства), *Ullmann*, *Свѣчниковъ* и др. приводятъ въ качествѣ первичнаго момента образованія кавернозныхъ гемангіомъ *первичную эктазію вѣтвей венъ*. Подробно развилъ эту теорію *Свѣчниковъ*, который при ея помощи объяснялъ развитіе главнымъ образомъ множественныхъ гемангіомъ печени и дру-

гихъ органовъ. По его мнѣнію, „первичная закладка опухоли состоитъ изъ расширенія венъ съ одновременнымъ ростомъ элементовъ, составляющихъ стѣнки“ [1]). Отдѣльныя расширенія венъ сливаются между собою, образуя полости различной величины. Кромѣ того, по периферіи опухолей открываются „бухтообразныя выпячиванія, въ видѣ пальцевъ перчатки“ [1]), наполненныя кровью и являющіяся расширенными входящими и выходящими сосудами. Такимъ образомъ, первопричина образованія множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ состоитъ, по *Свѣчникову*, въ аномаліи развитія всей венозной системы. Эта аномалія выражается въ закладкѣ чрезмѣрно широкихъ мелкихъ венъ съ относительно нормальными стѣнками.

Ribbert, *Брюхановъ* и *Fabris* причисляли кавернозныя гемангіомы печени къ истиннымъ сосудистымъ новообразованіямъ, происходящимъ вслѣдствіе отщепленія въ зародышевомъ періодѣ сосудистаго стволика и его послѣдующаго разрастанія. Подтвержденіемъ этой теоріи служитъ, по *Ribbert*'у, почти полное отсутствіе сообщеній между полостями опухоли и сосѣдними капиллярами печени. *Брюхановъ* кавернозныя гемангіомы печени называлъ „сосудистыми опухолями интерлобулярныхъ стволовъ воротной вены“ [2]). Въ пользу происхожденія кавернозныхъ гемангіомъ изъ вѣтвей воротной вены говоритъ, по *Брюханову*, неравномѣрность формы полостей и строенія перегородокъ между ними, а также наличность въ стѣнкахъ и перегородкахъ гемангіомъ гладкихъ мышцъ, эластическихъ волоконъ и vasa vasorum.

Въ позднѣйшихъ своихъ работахъ *Ribbert* нѣсколько видоизмѣнилъ выше приведенный свой взглядъ на происхожденіе кавернозныхъ гемангіомъ печени и уже считалъ ихъ результатомъ неправильностей развитія печени („Unregelmässigkeiten der Bildung“; „Missbildung“) [3]), возможныхъ какъ въ эмбріональномъ состояніи организма, такъ и послѣ рожденія. *Ribbert* представлялъ себѣ образованіе этихъ опу-

---

[1]) *Свѣчниковъ*. Къ вопросу о возникновеніи и ростѣ множественныхъ кавернозныхъ ангіомъ. Отд. оттискъ изъ Р.Х.А. 1908, кн. I. p. 10.

[2]) Цитир. по Schmieden'у. l.c.

[3]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. 1904. p. 177.

холей такимъ образомъ: въ неправильно заложенномъ участкѣ печеночной ткани клѣтки паренхимы отстаютъ въ своемъ ростѣ и постепенно атрофируются, благодаря чему капилляры даннаго участка также растутъ неправильно, постепенно расширяются и превращаются въ полости кавернознаго вида. Въ началѣ капилляры описаннаго участка еще находятся въ связи съ капиллярами сосѣдней, нормальной печеночной ткани, впослѣдствіи же кровообращеніе въ опухоли дѣлается независимымъ и остаются только единичные капиллярные анастомозы между полостями опухоли и капиллярами нормальныхъ долекъ печени. Въ концѣ концовъ кавернозныя гемангіомы превращаются въ узлы, совершенно отграниченные отъ окружающей ихъ печеночной ткани.

Такого же мнѣнія, какъ только что приведенное, придерживается большинство современныхъ авторовъ (*Schmieden*. *Ziegler* (въ послѣднихъ изданіяхъ своего руководства), *Sternberg*, *Aschoff* и др.) *Schmieden* причисляетъ гемангіомы печени къ дефектамъ при развитіи печени: „Defectbildung bei der Aussprossung der Leberanlage“ [1]). На основаніи этого онъ относитъ эти опухоли къ I группѣ схемы *Lubarsch*'а, т. е. къ опухолямъ, происходящимъ вслѣдствіе смѣщенія тканей („locale Gewebstransposition“), не обладающимъ способностью сильнаго роста и обычно представляющимъ признаки обратнаго развитія.

Pilliet, *Kappeler*, *Aschoff* и др. описали въ кавернозныхъ гемангіомахъ печени остатки ткани начальнаго періода эмбріональнаго развитія этого органа съ сохраненіемъ его кровеобразовательныхъ функцій. Поэтому названные авторы причисляютъ гемангіомы печени къ врожденнымъ опухолямъ, состоящимъ изъ остатковъ мезенхимы: „d'après ces faits“, пишетъ *Pilliet*, „on pourrait envisager l'angiome du foie comme une tumeur congénitale, une inclusion persistante du mesenchyme, et un débris de l'organe hématopoiétique foetal“ [2]). Напомню, что подобнаго характера наблюденіе опубликовано было также *Hommerich*'омъ (стр. 280). Однако, опухоль, описанная послѣднимъ авторомъ, не была геман-

---

1) *Schmieden*. l.c.p. 406.

2) *Pilliet*. цитир. по Schmieden'у. l.c.p. 402.

гіомой, несмотря на то, что въ ея составъ входили остатки эмбріональной ткани печени.

Изъ всѣхъ теорій, предложенныхъ для объясненія возникновенія кавернозныхъ гемангіомъ печени, наиболѣе пріемлемыми являются, по моему мнѣнію, послѣднія изъ мною указанныхъ, причисляющія эти опухоли къ порокамъ развитія печени. Лучше всего объясняютъ различныя уклоненія въ строеніи и развитіи гемангіомъ теоріи *Ribbert*'а и *Schmieden*'а, согласно которымъ наиболѣе правильнымъ будетъ причисленіе большей части этихъ опухолей къ *гамартомамъ*. Такъ поступилъ, напримѣръ, *Borst* въ послѣднихъ изданіяхъ учебника *Aschoff*'а (1909 и 1911).

Что касается дѣленія гемангіомъ печени на двѣ, генетически совершенно различныя группы (*Hoppe-Seyler и Quincke*, *Schmieden*, *Borst*, *Roggenbau*, *Hansemann* и др.) (см. стр. 286 и 287), то такое дѣленіе, по моему мнѣнію, носитъ чисто клиническій характеръ и не основано на строеніи гемангіомъ. Послѣднія имѣютъ, какъ указалъ *Ribbert*, опредѣленное строеніе и существенно не отличаются другъ отъ друга: „Das Cavernom ist eben etwas Typisches“ [1]).

Резюмируя все изложенное въ настоящей главѣ, я долженъ указать, что въ печени встрѣчаются почти исключительно кавернозныя гемангіомы. Простыя гемангіомы описаны, какъ величайшія рѣдкости, *Virchow*'ымъ, *Casper*'омъ и *Ernst*'омъ, при чемъ послѣдніе два автора описали случаи множественныхъ гемангіомъ различныхъ органовъ, въ томъ числѣ и печени. На основаніи литературныхъ данныхъ, нужно признать, что кавернозныя гемангіомы этого органа встрѣчаются часто, въ любомъ возрастѣ и обладаютъ опредѣленнымъ строеніемъ. Разногласія существуютъ лишь относительно нѣкоторыхъ деталей ихъ строенія. Гораздо больше разногласій отмѣчается по вопросу о гистогенезѣ и причинахъ образованія гемангіомъ печени. Теорія, по которой кавернозныя гемангіомы печени являются *пороками развитія*, имѣетъ въ настоящее время наибольшее число защитниковъ и, дѣйствительно, лучше всего въ состояніи объяснить этіологію, генезъ, ростъ и строеніе этихъ опухолей.

---

[1]) *Ribbert*. Geschwulstlehre. 1904. p. 175.

Литература. 1816. **Cruveilhier**. Essai sur l'anatomie pathologique. Paris. II. см. V., M.B. и др. — 1818. **Meckel**. см. стр. 9. — 1849/61. **Rokitansky**. см. стр. 9. — 1854. **Huss**. Summarisk Redog för den clin. Under. Stockholm. см. Virchow. 1854. p. 527. — 1851. **Virchow**. Ueber die Erweiterung kleinerer Gefässe. V.A. III. p. 427—462. — 1851. **Wagner**. A.d H. II. см. Fabris. p. 351; Borst и др. — 1854. **Maier**. см. V. p. 394. — 1854. **Schuh**. см. стр. 9; V. p. 390. — 1854. **Virchow**. Ueber cavernöse (erectile) Geschwülste und Telangiectasien. V.A. VI. p. 525—554. — 1855. **Rokitansky**. см. стр. 9. — 1855. **Heschl**. Ueber die Neubildung quergestreifter Muskeln u. cavernöse Tumoren. V.A. VIII. p. 126—127. — 1861. **Frerichs**. Klinik der Leberkrankheiten. II. см. Ewald, Scheffen, Kappeler, Hoppe-Seyler и Quincke и др. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1863. **Böttcher**. Umwandlung kavernöser Geschwülste der Leber zu festen narbigen Knoten. V.A. XXVIII. p. 421—425. — 1865. **Lücke**. см. стр. 135. — 1867. **Virchow**. см. 1863. — 1869. **Klebs**. Handbuch der pathologischen Anatomie. I. см. Ewald, Lilienfeld, Schmieden и др. — 1869. **Payne**. T.P.S.L. p. 230. см. Свѣчниковъ и др. — 1873. **Monod**. см. стр. 162. — 1879. **Journiac**. Contribution à l'étude des angiomes du foie. A. de physiol. см. Quénu, Duplay и Cazin и др. — 1879. **Langhans**. Kasuistische Beiträge zur Lehre von den Gefässgeschwülsten. I. Pulsirende cavernöse Geschwulst der Milz mit metastatischen Knoten in der Leber. Tödtlicher Verlauf binnen 5 Monaten. V. A. LXXV. p. 273—291. — 1881. **Sutton**. J. of anatomie. см. Plicque. 1889. — 1882. **Steffen**. Ueber Angiom der Leber. Jb. K. см. Шервинскій и др. — 1884. **Шервинскій**. О множественной ангіомѣ печени. Пр. Московскаго Физико-Медиц. Общ. — 1885. **Chervinsky**. Cas d'angiome caverneux multiple chez un enfant de six mois. A. de physiol. № 7. Extrait. — 1886. **Rindfleisch**. Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. см. Borst и др. — 1887. **Orth**. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. II. — 1888 (1891). **Hanot et Gilbert**. Etudes sur les maladies du foie. см. M.B., Hoppe-Seyler и Quincke, Chartier, Harter и Weil и др. — 1889. **Plicque**. Les tumeurs chez les animaux. R. chir. 1889. II. p. 521—532. — 1889. **Lilienfeld**. Ueber die Entstehung der Cavernome in der Leber. I.D. Bonn. — 1890. **Beneke**. Casuistische Beiträge zur Geschwulstlehre. III. Zur Genese der Leberangiome. V. A. CXIX. p. 76—80. — 1890. **Martinotti**. см. Михайловъ. — 1890. **Sluys u. Korevaar**. Angioma cavernosum in de lever by runderen. Holländ. Z. f. Tiermed. 18. см. Hedrén. — 1891. **Richerolle**. S. anat. 5. VI. см. M.B. — 1891. **Pilliet**. Contribution à l'étude de l'angiome du foie. Soc. anat. 3. VI.—LVI. Série V. Tome VI. fasc. 17. p. 446. см. C. Path. 1892. p. 141. — 1891. **Pilliet**. Hématopoésie dans les angiomes du foie. Le Progrès méd. № 29. p. 50. см. Schmieden. — 1892. **Tison**. Cancer du caecum, angiome du foie et corps fibreux interstitiel de l'utérus. Soc. anat. LXVII. fasc. 13. p. 363. см. Sliwinski и др. — 1892. **Hanks**. Amer. J. Obst. N.Y. XXV. p. 229. см. Terrier и Auvray. — 1892. **Eiselsberg**. Дем in G. A. Wien. II. XI. Wiener med. Presse. № 46. см. Pichler, Terrier и Auvray и др. — 1893. **Eiselsberg**. Fall von operativem Lebertumor. W.kl.W. № 1. — 1893. **Häfen**; I.D. Würzburg. см. Borst, L.O.E. VIII/2. p. 531. — 1893. **Rosenthal**. Gazeta lekarska. 28. p. 1178 и D.m.W. 23. p. 54. см. L.O.E. VI. p. 1001; V.I.B. 28;

Pichler и др. — 1893. **Saake H.** (отецъ). Multiples disseminirtes Leberangiom des Rindes. A. f. Tierheilkunde. XIX. см. Hedrén; L.O.E. I/3. p. 359; L.O.E. III/1. p. 713. — 1894. **Burckhard.** см. стр. 173. — 1894. **Marek.** Haematoma hepatis. Veterinar. № 6. см. L.O.E. — 1894. **Thoma.** см. стр. 78. — 1894. **Kitt.** Kapillare, fleckige Angiomatose der Rindsleber. Monatschr. f. prakt. Tierheilkunde. VI. p. 157—159. см. Hedrén; L.O.E. I/3. p. 360 и др. — 1896. **Ewald.** Ein Beitrag zur Genese des Lebercavernoms. I.D. Würzburg. — 1896. **Birch-Hirschfeld.** см. стр. 49; p. 217. — 1896. **Saake W.** (сынъ). Über angiomatöse Entartung der Leber. D.Z. f. Tiermedizin. XXII. см. Hedrén; L.O.E. III/1. p. 713 и др. — 1896. **Stockmann.** Origin of the cavernous angioma in the liver of the ox. J. of comp. pathol. and ther. p. 320. см. Hedrén. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1897. **Quénu.** см. стр. 49. — 1897. **Keen.** цитир. Elliot'омъ. T. of the Amer. chir. assoc. p. 266. см. Terrier и Auvray. p. 838; C. Chir. 1899. p. 683; Pichler. p. 257. — 1897. **Ottendorf.** Über cystische Entartung der Leber u. der Nieren. I.D. Bonn. см. Scheffen, Merkel и др. — 1897. **Scheffen.** Beiträge zur Histogenese der Leberkavernome. I.D. Bonn. — 1898. **Terrier et Auvray.** Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical. R. chir. XVIII. p. 403, 707 и 831. — 1898. **May.** Ueber Haemangioma cavernosum der Leber u. seine Genese. I.D. Würzburg. см. L.O.E. III/2. p. 532; Borst (1898) и др. — 1898. **Borst.** II Bericht über Arbeiten aus dem pathol. Institut in Würzburg. p. 37. — 1898. **Pfannenstiel.** Erfolgreiche Exstirpation eines grossen Leberkavernoms. Allgem. med. Centralzeit. 47. № 15. см. L.O.E. VI. p. 1001; V.I.B. 1898 и др. — 1898. **Chiari.** Erfahrungen über Infarctbildungen in der Leber des Menschen. P.G. I. p. 13—18. — 1898. **Jores.** Ibidem. Пренія по поводу доклада Chiari. p. 17. — 1898. **Ribbert.** Ueber Bau, Wachsthum u. Genese der Angiome nebst Bemerkungen über Cystenbildung. V.A. 151. p. 381—401. — 1899. **Kappeler.** Beitrag zur Genese der Lebercavernome. I.D. Zürich. — 1899. **Orth.** Institutsbericht. In Göttinger Nachrichten. по реф.—Дем. P.G. II. 1900. p. 4176; 71 Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte. München. 17—23. VII. — 1899. **Петровъ.** Случай Аддисоновой болѣзни. Кавернозная ангіома обѣихъ надпочечныхъ железъ и печени. Больничная Газета Боткина. № 30. см. Свѣчниковъ. — 1899. **Brüchanow.** Ueber die Natur u. Genese der cavernösen Hämangiome der Leber. Z.f.H. 20. p. 131—158. см. C. Path. 1901. p. 189; L.O.E. VI. p. 1020 и др. — 1899. **Schrohe.** Teleangiektasien der Leber. V.A. 156. p 37—62. — 1899. **Hoppe-Seyler u. Quincke.** Die Krankheiten der Leber. In Nothnagel. Spezielle Pathologie u. Therapie. XVIII. — 1899. **Ullmann.** см. стр 179. — 1899. **König.** Lehrbuch der speziellen Chirurgie. II. p. 242. — 1899. **Fabris.** Degenerazione cavernosa del fegato. Giorn. d. R. acad. di med. Torino. Anno 62. № 12. p. 716. см. Fabris. 1900. — 1900. **Fabris.** Cavernöse Degeneration der Leber. Z. Beitr. 28. p. 349—362. — 1900. **Schmieden.** Ueber den Bau und die Genese der Lebercavernome. V.A. 161. p. 373—409. — 1900. **Михайловъ.** Ангіома печени у ребенка. B. № 7. p. 219. — 1901. **Rispal.** Angiomes caverneux du foie. Echo médical. Série II. T. XV. 233—234. см. C. Path. — 1901. **Langer.** Erfolgreiche Exstirpation eines grossen Hämangioms der Leber. A. Chir. 64. см. C. Chir. p. 1280. — 1901. **Wördehoff.** Ueber die

Genese der Lebercavernome. I.D. Würzburg. — 1901. **Levatidi.** Experimentelle Untersuchungen über Cumarinvergiftung. C. Path. XII. № 6. p. 241—247. — 1901. **Kempf.** Die Bedeutung der Leberveränderungen infolge von Cumarinvergiftung. C. Path. p. 819. 1901. **Filipini.** см. Pichler. p. 257. — 1902. **Borst.** см. стр. 49. — 1902. **Dahlgren.** Fall von cavernösem Angiom in der Leber, nebst einigen Worten über Leberresection. Nord. med. A. XXXV. Bd. II. № 14. см. C. Chir. 1904. p. 404. — 1902. **Ljunggren.** Zur Kenntniss des progredienten Leberkavernoms. Nord. med. A. XXXV. № 18. см. C. Chir. 1904. p. 854. — 1902. **Stroh.** Über die fleckige Kapillarektasie in der Leber der Wiederkäuer. Monatshefte für prakt. Tierheilkunde. 14. p. 133—187. см. Hedrén. p. 315 и L.O.E. XI/II. p. 1116. — 1903. **Pichler.** Ein Fall von Haemangioma hepatis. Heilung durch Exstirpation. Z.f.H. Abt. f. interne Medizin. XXIV. 250—259. — 1903. **Earl.** Multiple cavernomata of the liver. T. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. 21. V. см. Roggenbau. — 1903. **Duplay et Cazin.** см. стр. 49. — 1903. **Mantle.** An unusually large angeioma of the liver. Br.m.J. 14. II. № 2198. p. 365. — 1903. **Aberastury y Dessy.** Contribucion al estudio de los tumores en los animales. Sobre angiomatosis del higado de los bovinos. Revista sud-americana de ciencias medicas. № 14, 15, 16. см. C. Path. 1904. p. 490. — 1904. **Aschoff.** Diskussion zum Vortrag v. Askanazy. P.G. 1904. — 1904. **Chartier.** Angiome caverneux du foie. Mortification de la partie centrale. Soc. anat. 29. I. T. 79. № 1. p. 72—75. — 1904. **Merkel.** Über die Umwandlung der Lebercavernome in fibromähnliche Knoten. Z. Beitr. 36. p. 574—584. — 1904. **Ribbert.** см. стр. 50. — 1904. **Ball.** Angiome caverneux du foie chez un chat. J. de méd. vét. p. 141. см. Rühmekorf и др. — 1904. **Theile.** Über Angiome und sarkomatöse Angiome der Milz. V.A. 178. p. 296—323. — 1905/06. **Ziegler.** Lehrbuch der allgemeinen Pathologie u. der speziellen pathologischen Anatomie I. II. (также изданія 1892 г. и 1900/01 г.). — 1905. **Lewis.** Multiple primary heterogeneous tumors. Med. a. surg. Rep. of the Boston City Hosp. 15. см. Sliwinski. p. 1135. — 1906. **Casper.** Beitrag zur Kenntniss der multiplen Primärtumoren I.D. Greifswald. см. Sliwinski и др. — 1906. **Devic et Tolot.** Un cas d'angiosarcome des méninges etc. R. méd. XXVI. № 3. p. 255. — 1906. **Rossi.** La clin. veter. p. 583. см. Hedrén. — 1907. **Kasai.** Leberangiome mit Ausgang in Fibrombildung. M.m.W. № 40. p. 1983—1985. — 1907. **Hommerich.** Hamartoma haematoplasticum hepatis. F.Z. I. p. 126—129. — 1907. **Sheppard.** The Bristol Med. chir. J. March. см. Z.f.Kr. 1909. VIII. p. 59. — 1907. **Jaeger.** Die Telangiektasien der Leber der Bovinen. Ein Beitrag zur Pathologie der Fettleber und zur Genese der Kapillarektasien. A. f. Tierheilkunde. 33. p. 71. см. C. Path. — 1907. **Rühmekorf.** Über multiple disseminierte Kapillarektasien der Leber des Rindes und ihre Beziehungen zu den echten Angiomen. I.D. Leipzig. — 1908. **Ribbert.** см. стр. 50. — 1908. **Harter et Weil.** Sur la pathogénie de l'angiome du foie. Soc. biol. T. 64. p. 756—758. — 1908. **Свѣчниковъ.** см. стр. 179. — 1908. **Meyer.** Ueber eigenthümliche Leberblutungen. V.A. 194. — 1908. **Genersich.** Operierter Fall eines kindskopfgrossen Angioma cavernosum hepatis. M.Kl. № 45. см. C. Chir. 1909. p. 25 и p. 136. — 1909. **Никифоровъ.** см. стр. 50. — 1909. **Sliwinski.** Zur Kasuistik multipler pri-

märer Tumorbildung. W.kl.W. № 32. p. 1134—1135. — 1909. **Chiari**. Tumor cavernosus hepatis pergrandis inter laparotomiam ruptus. XIII Kongress der D. Ges. f. Geb. u. Gyn. Пр. in M.m.W. p. 1615.—1909. **Löhlein**. Ueber eine eigenthümliche Lebererkrankung. P.G. XIII. — 1909. **Hedrén**. Teleangiectasia hepatis disseminata u. ihre Pathogenese. Z. Beitr 45. p. 306—324. — 1909. **Götting**. Zur Multiplizität primärer Carcinome. Z.f.Kr. VII. p. 675. — 1910. **Свѣчниковъ**. Своеобразныя расширенія капилляровъ печени.Х.м.Ж. X. № 6. p. 1—11. — 1910. **Roggenbau**. Zur Kenntniss der cavernösen Angiome der Leber. Z. Beitr. 49. p. 312—337. — 1910. **баронъ Тизенгаузенъ**. Къ вопросу объ этіологіи опухолей. Опыты съ пересадкой зародышевой ткани. Дисс. Одесса. — 1911. **Sternberg**. In Aschoff. Pathologische Anatomie (тоже въ 1909 г.) — 1911. **Borst**. Ibidem. (тоже въ 1909 г.) — 1911. **Israel**. Дем. Berl. med. Ges. 15. III. см. B.kl.W. № 13; M.m.W. № 12. — 1911. **Hansemann**. Пренія. Ibidem. — 1911. **Israel**. Ein Fall von Exstirpation eines Leberkavernoms. B.kl.W. № 15. p. 662. — 1911. **Kaufmann**. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie (тоже 1909 г.) — 1911. **Wendel**. Beiträge zur Chirurgie der Leber. A. Chir. 95. p. 888. — 1911. **Westenhoeffer**. Bericht über die Tätigkeit des pathol.-anat. Institutes der Univ. Santiago de Chile in d. Jahren 1908—1909 B.kl.W. № 23, 24. 25, 26, 27. — 1912 **Fischer**. Дем. Ärztl. Ver. zu Frankfurt. a. M. 19. II. Пр. in B.kl.W. № 13. p. 624. — 1912. **Kothny**. Hämangioendotheliom der Leber. F.Z. 10. I. см. C.Path. и др. — 1912. **Veeder and Austin**. Multiple congenital hemangio-endothelioma of the liver. Amer. J. January. см. C. Path. № 12. p. 550. — 1912. **Ernst**. см. стр. 181. — 1913. **Никифоровъ**. Основы патологической анатоміи. 4-е изданіе. Москва. **Hagedorn**. см. Birch-Hirschfeld. — **Dupuytren**, **Retzius**, **Sangalli**. см. V. — **Sims-Woodhead**. **Osler**, **White**, **Albutt**. см. Mantle.—**Lancereaux**. см. Quénu, Duplay и Cazin и др. — **Cornil**, **Monod**. см. M.B. p. 181. — **Perls-Nelsen**. Lehrbuch der allgem. Pathologie. см. Scheffen, Ewald и др. — **Delbet**. Traité de chir. clin. et opératoire. I. p. 458. см. Terrier и Auvray. p. 408. —

ГЛАВА XI.

Гемангіомы селезенки.

Частота нахожденія гемангіомъ въ селезенкѣ. Казуистика гемангіомъ селезенки. „Саркоматозныя" ангіомы селезенки. Распредѣленіе гемангіомъ селезенки по полу и возрасту заболѣвшихъ. Макро-и микроскопическая картина этихъ новообразованій.

Первичныя опухоли селезенки вообще и гемангіомы въ частности принадлежатъ къ очень рѣдкимъ находкамъ. Нѣкоторые авторы даже указываютъ, что и вторичныя новообразованія селезенки являются большою рѣдкостью. Такъ, напримѣръ, *Thorel* (1902) пишетъ: „Die Neubildungen der Milz zählen sowohl in ihren primären, als secundären Formen bekanntermassen zu den grössten Raritäten" [1]). *Virchow* (1863) полагалъ, что гемангіомы селезенки встрѣчаются даже рѣже, чѣмъ таковыя почекъ. „Noch seltener", пишетъ онъ, „ist das cavernöse Angiom an der Milz" [2]). Далѣе *Virchow* обращаетъ вниманіе на то, что указанія прежнихъ авторовъ на „пульсирующія" селезенки (*Bell* въ 1826 г. и др.) врядъ ли относились къ гемангіомамъ [3]). Самъ *Virchow* на 271 вскрытіе въ Вюрцбургѣ гемангіомы селезенки наблюдалъ всего два раза. Третью гемангіому селезенки онъ нашелъ уже въ Берлинѣ (въ 1846 г.), при вскрытіи 72-лѣтней старухи. Такъ какъ *Virchow* не приводитъ другихъ собственныхъ наблю-

---

[1]) *Thorel*. Pathologie der Milz. L.O.E. 1902. VI. p. 128.

[2]) V. p. 397.

[3]) Однимъ изъ первыхъ авторовъ, описавшихъ такую „lien verberans", былъ, по свидѣтельству *Virchow*'а, *Tulpius* (1652).

деній гемангіомъ селезенки, то можно думать, что, по крайней мѣрѣ, съ 1846 г. по 1863 г. подобныя опухоли ему больше уже не встрѣтились. Отмѣчу, что *Mauclaire и de Bovis* (1896) въ монографіи, посвященной гемангіомамъ, приводятъ только перечисленные три случая *Virchow*'а.

Fink въ 1885 г. собралъ всѣ извѣстные въ литературѣ случаи первичныхъ опухолей селезенки, при чемъ изъ 23 опухолей этого органа четыре имъ были отнесены къ „каверномамъ".

Въ цѣломъ рядѣ большихъ работъ клиницистовъ-хирурговъ о гемангіомахъ селезенки совсѣмъ не упоминается. Такъ, напримѣръ, *Adelmann* (1882) представилъ данныя о всѣхъ экстирпаціяхъ селезенки, опубликованныхъ въ литературѣ, а *Dandolo* (1893) дополнилъ его списокъ новыми 102 случаями, при чемъ ни въ одномъ изъ приведенныхъ обоими авторами случаевъ не было найдено гемангіомы. Также *Ceci* (1894) приводитъ 145, а *Vulpius* (1894) -117 случаевъ удаленія селезенки, при чемъ ни разу не было спленэктоміи по поводу гемангіомы селезенки.

Исключеніе составляетъ *Финкельштейнъ* (1909), который привелъ изъ литературы 30 случаевъ новообразованій селезенки, удаленныхъ при помощи операцій. Въ четырехъ случаяхъ авторы (*Theile*, *Böckelmann*, *Martin* и *Снегиревъ*) назвали удаленную опухоль селезенки ангіомой. *Финкельштейнъ* также указываетъ на то, что вопросъ о новообразованіяхъ въ селезенкѣ въ литературѣ разработанъ лишь слабо.

Въ новѣйшее время патолого-анатомы продолжаютъ держаться того мнѣнія, что гемангіомы селезенки очень рѣдки. *Lubarsch* (1898) на 1900 вскрытій, произведенныхъ за 4 года, нашелъ лишь въ четырехъ (0,2%) гемангіомы селезенки. Среди четырехъ гемангіомъ одна была „саркоматозной". *Theile* (1904) дѣлаетъ указанія на нѣсколько учебниковъ патологической анатоміи (*Lancereaux*, *Dürck*'а, *Aschoff-Gaylord*'а), въ которыхъ гемангіомы селезенки совершенно не упоминаются, а также на рядъ другихъ учебниковъ (*Nothnagel-Litten*'а, *Ziegler*'а, *Orth*'а, *Ribbert*'а, *Kaufmann*'а), въ которыхъ объ этихъ опухоляхъ говорится всего нѣсколько словъ съ указаніемъ на ихъ рѣдкость. *Никифоровъ* (1909 и 1913) также считаетъ гемангіомы селезенки рѣдкой находкой:

„Первичныя опухоли селезенки", говоритъ этотъ авторъ, „рѣдко встрѣчаются и относятся къ соединительнотканнымъ или сосудистымъ опухолямъ (фибромы, хондромы, ангіомы, лимфангіомы)" [1]).

Въ противоположность мнѣнію всѣхъ выше приведенныхъ мною авторовъ о значительной рѣдкости гемангіомъ селезенки, *Solieri* (1910) считаетъ, повидимому, что онѣ наблюдаются часто, являясь послѣдствіемъ маляріи: „Niemand ist unbekannt", говоритъ *Solieri*, „dass die Sumpfinfektion die Existenz von kavernösen Angiomen an der Oberfläche des Malariaorganes mit sich bringt" [2]).

Мнѣ нигдѣ въ литературѣ не удалось найти подтвержденія выше приведеннаго взгляда *Solieri*.

Въ нижеслѣдующемъ я приведу описанія гемангіомъ селезенки, собранныя мною изъ литературы въ довольно значительномъ количествѣ. Слѣдующіе авторы описали гемангіомы селезенки: *Billroth* 1855, *Virchow* 1863 (три случая), *Förster* 1865, *Langhans* 1879, *Stamm* 1891, *Hoge* 1895, *Birch-Hirschfeld* 1896, *Homans* 1897, *Moltrecht* 1901, *Снегиревъ* 1902, *H. Albrecht* 1902, *Theile* 1904 (три гемангіомы и одна „саркоматозная" ангіома), *Ombredanne и Martin* 1904, *Devic и Tolot* 1906, *Böckelmann* 1906, *Trappe* 1907, *Strada* 1908, *Benckendorf* 1908, *Jores* 1908, *Martin* 1909, *Golovina Ammon* 1910 (саркомотозная ангіома) и *Ernst* 1912.

Кромѣ того упомяну, что *Martin* (1882/83) описалъ двѣ кавернозныя гемангіомы селезенки у животныхъ (у лошади и у коровы), а *Pilliet* (1892) — у собаки кровяную кисту селезенки, которая, по мнѣнію этого автора, развилась изъ врожденной гемангіомы.

Перехожу къ разбору случаевъ гемангіомъ селезенки, описанныхъ у людей вышеприведенными авторами.

Billroth только упоминаетъ о томъ, что въ одномъ случаѣ онъ наблюдалъ диффузныя кавернозныя гемангіомы въ селезенкѣ. Этотъ авторъ подвергалъ микроскопи-

---

[1]) *Никифоровъ*. Основы патологической анатоміи. Москва. 1909. p. 398; 1913. p. 460.

[2]) *Solieri*. Ueber Blutcysten der Milz. D.Z. Chir. 1910. Bd. 106. p. 599.

ческому изслѣдованію цѣлый рядъ такихъ же опухолей и въ другихъ органахъ (въ печени, мышцахъ, кожѣ и т. д.) и пришелъ къ заключенію, что во всѣхъ этихъ опухоляхъ, также какъ и въ его случаѣ гемангіомы селезенки, имѣло мѣсто расширеніе венозныхъ сосудовъ, стѣнки которыхъ при соприкосновеніи другъ съ другомъ подвергались атрофіи, такъ что получалась кавернозная ткань, напоминавшая пещеристыя тѣла полового члена. Такія опухоли *Billroth* выдѣлилъ въ особую группу и не считаетъ ихъ сходными ни съ ограниченными кавернозными опухолями, расположенными по ходу венъ, ни съ кавернозными фиброидами, ни съ телеангіэктазіями кожи. „Ich habe", пишетъ *Billroth*, „diese Geschwülste (die übrigens weder mit den an grösseren Venenstämmen anhängenden abgekapselten cavernösen Fibroiden, noch mit den Telangiectasien der Haut analog sind) in der Wange, in der Zunge, im M. latissimus dorsi, im M. deltoideus, in der Haut des Thorax, in den Schädelknochen, in der Leber und *Milz* gesehen, und muss auch auf ihre Eigenthümlichkeit in den letztgenannten Organen beharren" [1]).

Virchow, какъ уже упомянуто, описалъ три собственныхъ случая гемангіомъ селезенки.

Въ одномъ изъ нихъ, у мужчины 25 лѣтъ, онъ нашелъ одиночную гемангіому, находившуюся въ центральныхъ частяхъ селезенки. Въ другомъ случаѣ, у женщины 62 лѣтъ, *Virchow* нашелъ множественныя гемангіомы въ центральныхъ частяхъ увеличенной селезенки. Послѣдняя была пронизана узлами гемангіомы, при чемъ наибольшій узелъ достигалъ величины голубинаго яйца. Нѣкоторые узлы были окружены капсулами. Наконецъ, въ третьемъ случаѣ, *Virchow* нашелъ у старухи 72 лѣтъ, въ области передняго края селезенки, гемангіому сферической формы, величиною съ вишневую косточку.

Во всѣхъ этихъ трехъ случаяхъ *Virchow* описываетъ ячеистое строеніе гемангіомъ. Въ центрѣ гемангіомъ открывались фиброзные участки, отъ которыхъ начинались соединительнотканныя перекладины, направлявшіяся къ периферіи этихъ опухолей

Förster упоминаетъ въ своемъ учебникѣ о множественной кавернозной гемангіомѣ селезенки, хранившейся въ вюрцбургскомъ патолого-анатомическомъ музеѣ. Нужно думать, что *Förster*'омъ приводится тотъ же случай множе-

---

[1]) *Billroth*. Ueber eine Art der Bindegewebs-Metamorphose der Muskel-und Nervensubstanz. V. A. 1855. VIII. p. 264.

ственной гемангіомы селезенки у женщины 62 лѣтъ, о которомъ говоритъ и *Virchow*. По всей вѣроятности, этотъ препаратъ былъ помѣщенъ *Virchow*'ымъ въ музей въ Вюрцбургѣ и остался въ послѣднемъ и послѣ переѣзда *Virchow*'а въ Берлинъ.

Очень подробное макро-и микроскопическое изслѣдованіе своего случая представилъ *Langhans*.

У мужчины 30 лѣтъ внезапно появились сильныя боли въ области селезенки, въ которой затѣмъ стала прощупываться опухоль. Черезъ нѣкоторое время было обнаружено увеличеніе размѣровъ печени и черезъ пять мѣсяцевъ послѣ начала заболѣванія наступилъ смертельный исходъ. Было произведено вскрытіе только брюшной полости, при чемъ была найдена кавернозная гемангіома селезенки, занимавшая 9/10 этого органа и многочисленные узлы гемангіомы въ печени. (Селезенка была очень увеличена (23 cm. $\times$ 15 cm. $\times$ 10,5 cm.). Отъ ткани селезенки осталась лишь узкая полоса. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что почти вся селезенка была пронизана многочисленными полостями, наполненными кровью и частью выстланными эндотеліемъ, частью ограниченными только селезеночной тканью. Строму кавернозной опухоли составляла соединительная ткань селезенки, не содержавшая гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ венозныхъ капиллярахъ селезенки было найдено значительное разрастаніе эндотелія. Такое же сильное разрастаніе эндотелія обнаружено было въ воротной венѣ и въ капиллярахъ интерлобулярной ткани печени. Въ печеночныхъ венахъ разрастаніе эндотелія было лишь незначительное, а въ печеночныхъ артеріяхъ совсѣмъ отсутствовало.

Не останавливаясь на приводимыхъ авторомъ деталяхъ, я лишь отмѣчу, что опухоль селезенки онъ считалъ первичной кавернозной гемангіомой, а узлы въ печени метастазами гемангіомы. Кавернозныя полости въ селезенкѣ и печени *Langhans* считаетъ кровеносными колоссально расширенными сосудами.

Разсужденія *Langhans*'а о гистогенезѣ описанныхъ имъ опухолей въ селезенкѣ и печени остались для меня непонятными. Съ одной стороны въ происхожденіи этихъ опухолей онъ придаетъ громадное значеніе разрастанію эндотелія венозныхъ капилляровъ въ селезенкѣ и вѣтвей воротной вены въ печени, съ другой стороны онъ предполагаетъ, что въ селезенкѣ происходитъ какой-то процессъ превращенія ея пульпы въ балки: „das Pulpagewebe", говоритъ *Langhans*, „zerfällt einfach durch einen seltsamen Spaltungsprozess *(?)*, der von dem Lumen der Capillaren ausgeht, in

drehrunde Balken“ [1]). Въ заключеніе своей работы *Langhans* добавляетъ, что злокачественное теченіе гемангіомы съ появленіемъ метастазовъ, вѣроятно, описывается имъ впервые.

Въ виду очень значительнаго интереса, который представляетъ собою выше приведенный случай, *Langhans*'омъ въ новѣйшее время были сдѣланы попытки вновь изслѣдовать эту опухоль при помощи современныхъ методовъ. Къ сожалѣнію, обнаружилось, что отъ долгаго лежанія въ фиксирующихъ жидкостяхъ опухоль совершенно потеряла способность окрашиваться *(Benckendorff)*.

Stamm изслѣдовалъ селезенку у мужчины 49 лѣтъ, умершаго отъ туберкулеза легкихъ. Кромѣ того, при вскрытіи была найдена холестеатома можжечка и увеличенная селезенка. На разрѣзѣ послѣдней были обнаружены участки, напоминавшіе множественныя кавернозныя гемангіомы. При микроскопическомъ изслѣдованіи такихъ участковъ, *Stamm* нашелъ многочисленныя большія полости, иногда неправильной формы, наполненныя кровью. Мѣстами эти полости были выстланы ясно замѣтнымъ эндотеліемъ, мѣстами же стѣнокъ полостей не было видно и полости были окружены паренхимой селезенки. Между полостями открывалась сдавленная селезеночная ткань, принявшая видъ перегородокъ. Мѣстами такія перегородки прерывались и полости сообщались между собою. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ въ стѣнкахъ полостей отсутствовалъ эндотелій, были видны сообщенія между полостями и кавернозными селезеночными венами. Кромѣ того, въ опухоли было найдено много пигмента (гемосидерина).

Stamm считаетъ несомнѣннымъ, что большія полости, наполненныя кровью, представляли собою чрезвычайно расширенные капилляры селезенки. Причиной, повлекшей за собою появленіе въ селезенкѣ гнѣздной капиллярной эктазіи, является, по *Stamm*'у, врожденная неправильная закладка отдѣльныхъ участковъ селезенки. „Wir müssen“, говоритъ *Stamm*, „den Befund als auf einer embryonalen Anlage beruhend deuten“ [2]).

Hoge приводитъ интересный случай экстирпаціи селезенки по поводу кавернозной ея гемангіомы. Случай окончился выздоровленіемъ больной. Попутно авторъ указы-

---

[1]) *Langhans*. Pulsirende cavernöse Geschwulst der Milz mit metastatischen Knoten in der Leber. V.A. 1879. LXXV. p. 287.

[2]) *Stamm*. Beitrag zur Lehre von den Blutgefässgeschwülsten. I.D. Göttingen. 1891. p. 28.

ваетъ на рѣдкость кавернозныхъ гемангіомъ въ селезенкѣ: „extreme rarity of occurence in the spleen“ [1]).

У женщины 45 лѣтъ, года за четыре до операціи, непосредственно послѣ тринадцатыхъ родовъ, появилась опухоль въ лѣвомъ боку, которая стала быстро увеличиваться. Больная сильно исхудала и потеряла въ вѣсѣ 15 англ. фунтовъ. Per laparotomiam была удалена очень увеличенная селезенка, вся нижняя поверхность которой была занята сосудистой опухолью, доходившей до уровня лѣваго яичника. Размѣры селезенки — 8 × 5 × 1,5 англійскихъ дюймовъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ опухоли, селезеночной ткани совсѣмъ не найдено. Вмѣсто послѣдней открывались широкія кавернозныя полости, сообщавшіяся другъ съ другомъ. По окружности опухоли находилась фиброзная капсула, мѣстами болѣе, мѣстами менѣе замѣтная. Діагнозъ: haemangioma cavernosum lienis.

Birch-Hirschfeld наблюдалъ кровяную кисту селезенки, величиною съ дѣтскую головку. Внутренняя поверхность кисты была складчатая и выстланная плоскимъ эндотеліемъ, что, по мнѣнію *Birch-Hirschfeld*'a, говорило въ пользу того, что эта киста развилась изъ кавернозной гемангіомы. Однако, большинство авторовъ (*Ledderhose*. *Albrecht* и др.) считаютъ, что опухоль, описанную *Birch-Hirschfeld*'омъ, не слѣдуетъ причислять къ кавернознымъ гемангіомамъ. Приведенные авторы также исключаютъ изъ числа гемангіомъ селезенки случай *Spillmann*'a (1876), описавшаго кисту селезенки, діаметромъ въ 11 cm. На внутренней поверхности этой кисты открывались многочисленныя выпячиванія, выстланныя плоскимъ эндотеліемъ. Содержимое кисты состояло изъ желтоватой массы съ остатками крови. Самъ же *Spillmann* причислилъ изслѣдованную имъ опухоль къ „гематомамъ“.

Не менѣе интересенъ случай *Homans*'a.

У женщины 22 лѣтъ появился асцитъ. Пункціей было выпущено 7 литровъ кровянистой жидкости. Когда асцитъ появился вновь, было произведено чревосѣченіе и была удалена опухоль, длиною въ 10 cm. и шириною въ 3 cm., сращенная съ поперечной ободочной кишкой. При микроскопическомъ изслѣдованіи, удаленная опухоль оказалась кавернозной гемангіомой, развившейся, какъ предположилъ тогда *Homans*, изъ сальника. Черезъ 4 мѣсяца потребовалось новое чревосѣченіе изъ за асцита, появившагося вновь, при чемъ была уда-

[1]) *Hoge*. Angioma cavernosum of the spleen. Medical Record. Vol. 48. № 12. N.Y. Sept. 21. 1895. p. 418.

лена селезенка. Послѣ операціи наступилъ черезъ 20 часовъ смертельный исходъ. О томъ, было ли произведено вскрытіе, въ доступныхъ мнѣ рефератахъ работы *Homans*'а указаній не имѣется. Удаленная селезенка вѣсила 415 g. Размѣры ея были 15 cm.×11 cm.×4 cm. Макроскопически она имѣла видъ губки. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены многочисленныя широкія полости, выстланныя эндотеліемъ и наполненныя кровью. Стѣнки полостей состояли изъ фиброзной соединительной ткани. Діагнозъ: haemangioma cavernosum lienis.

Moltrecht также изслѣдовалъ опухоль селезенки, удаленной чревосѣченіемъ.

Больной, мужчина 43 лѣтъ, считалъ себя больнымъ всего 2 мѣсяца. На слѣдующій день послѣ операціи наступилъ смертельный исходъ. Вѣсъ удаленной селезенки 3150 gr. Размѣры ея 27 cm.×19 cm.×8 cm. На разрѣзѣ селезенка имѣла видъ губки. Въ периферическихъ ея частяхъ найдены многочисленные инфаркты, величиною до голубинаго яйца. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что отъ ткани селезенки осталось лишь нѣсколько трабекулъ. Вмѣсто селезеночной ткани имѣлись многочисленныя большія полости, выстланныя эндотеліемъ и наполненныя кровью. Между полостями были расположены тоненькія соединительнотканныя перегородки. Благодаря атрофіи послѣднихъ, происходило сліяніе и увеличеніе полостей. Діагнозъ: haemangioma cavernosum lienis.

Такую же опухоль удалилъ проф. *Снегиревъ*.

Проф. *Снегиревъ*, у женщины 29 лѣтъ, произвелъ частичную резекцію селезенки по поводу имѣвшейся въ ней опухоли. Кровотеченіе изъ оставшейся части селезенки остановилось спустя 12 минутъ послѣ примѣненія водяного пара по способу автора. Кромѣ того, была удалена hydrosalpinx. Опухоль селезенки была величиною 13,5 cm.×10,5 cm. и оказалась кавернозной гемангіомой. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли, произведенномъ проф. *Клейномъ*, въ селезеночной ткани, сильно воспалительно инфильтрированной, было найдено очень большое количество расширенныхъ тонкостѣнныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Между сосудами открывались пучки соединительной ткани. Стѣнки этихъ расширенныхъ сосудовъ были выстланы эндотеліальными клѣтками, ядра которыхъ выбухали въ просвѣтъ сосудовъ. Просвѣты многихъ сосудовъ оказались заполненными эндотеліальными клѣтками. Діагнозъ: haemangioma cavernosum lienis.

Въ томъ же году (1902) появилась обстоятельная диссертація *H. Albrecht*'а, представившаго кромѣ собственнаго случая кавернозной гемангіомы селезенки еще 9 случаевъ, описанныхъ слѣдующими авторами: *Förster*'омъ, *Billroth*'омъ, *Virchow*'ымъ, (3 случая), *Homans*'омъ, *Martin*'омъ, (2 случая у животныхъ) и *Langhans*'омъ. Изъ всѣхъ этихъ случаевъ, по мнѣнію *Albrecht*'а, наиболѣе обстоятельно описанъ послѣдній случай, который и цитируется имъ очень подробно.

Весьма тщательно изслѣдованъ и описанъ случай самого автора.

У мужчины 65 лѣтъ, умершаго отъ гнойно-геморрагическаго перитонита послѣ прободенія язвы желчнаго пузыря, случайно при вскрытіи были найдены множественныя кавернозныя гемангіомы селезенки. Селезенка была сильно увеличена въ объемѣ, имѣла приблизительно треугольную форму и была плотно сращена съ окружавшими ее тканями. Пульпа была темно-коричнево-краснаго цвѣта и очень богата кровью. Мѣстами въ селезенкѣ прощупывались довольно плотные, величиною до горошины, узелки, въ количествѣ около полу-дюжины. На разрѣзѣ эти узелки были темно-краснаго цвѣта, богаты кровью и представляли ячеистое строеніе. При микроскопическомъ изслѣдованіи описанныхъ узелковъ оказалось, что въ каждомъ изъ нихъ различались три части: центральная, средняя и периферическая. Центральная часть каждаго узелка достигала на разрѣзѣ до 0,5 cm. въ діаметрѣ и состояла какъ изъ участковъ селезеночной пульпы, содержавшей нѣсколько фолликуловъ, такъ и изъ щелевидныхъ пространствъ, расположенныхъ въ видѣ сѣти между этими участками. Упомянутыя щелевидныя пространства, содержавшія незначительное количество крови и слущенныя эпителіальныя клѣтки, сообщались съ большими полостями, расположенными въ числѣ 10—16 въ видѣ кольца вокругъ центральной части узелковъ. Эти полости образовывали среднюю часть узелковъ и представлялись различной величины, до булавочной головки. Стѣнки полостей были выстланы своеобразнымъ однорядным „высокимъ эпителіемъ“ съ однимъ большимъ или же двумя ядрами. „Wir haben“, пишетъ *Albrecht*, „einen Belag von grossen, mehr hohen, als breiten Epithelien vor uns mit einem grossen oder auch zwei, theils in der Mitte, theils an der Basis oder gegen die Spitze zu gelegenen Kernen“ [1]. Въ этомъ „эпителіи“ открывался кровяной пигментъ въ различномъ количествѣ, а также и красные кровяные шарики въ различныхъ стадіяхъ распада. Отмѣчу, что самъ *Albrecht* указываетъ на необычную картину, представляемую наличностью „эпителія“, выстилающаго стѣнки полостей. „Die Wandbekleidung der Hohlräume“, говоритъ онъ, „ist eine meines Wissens bisher nirgends beschriebene“ [2]. Содержимое большихъ полостей состояло изъ нормальной крови съ незначительною примѣсью ядросодержащихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, лейкоцитовъ и слущенныхъ „эпителіальныхъ“ клѣтокъ. Большія полости сообщались между собою и кромѣ того съ одной стороны съ щелевидными пространствами центральной части узелковъ, съ другой стороны съ полостями периферической части послѣднихъ. Эта периферическая часть состояла изъ небольшихъ, вытянутыхъ въ длину и наполненныхъ кровью, полостей, сообщавшихся также между собою и

[1]) *H. Albrecht*. Über das Cavernom der Milz. I. D. 1902. München. p. 7.

[2]) *Albrecht*. l. c. ibidem.

съ венами селезенки. Стѣнки малыхъ полостей периферической части и щелевидныхъ пространствъ центральной части узелковъ были выстланы частью такимъ же „высокимъ эпителіемъ", какъ большія полости, частью переходными формами клѣтокъ, начиная отъ „высокаго эпителія" и кончая плоскимъ эндотеліемъ, выстилавшимъ венозные капилляры селезенки. Такія же щелевидныя пространства, какія были описаны въ центральной части узелковъ, встрѣчались также какъ на границѣ большихъ и малыхъ полостей, такъ и между малыми полостями и тканью селезенки. При окрашиваніи орцеиномъ, эластическія волокна не были найдены ни въ стѣнкахъ полостей, ни въ стѣнкахъ щелевидныхъ пространствъ. По окружности узелковъ селезеночная ткань представляла рядъ измѣненій: пульпа была гиперплазирована, Мальпигіевы тѣльца открывались въ значительно увеличенномъ, а трабекулы и отводящія вены въ значительно уменьшенномъ количествѣ. На серіяхъ срѣзовъ *Albrecht*'у удалось найти сообщенія и переходныя формы съ одной стороны между щелевидными пространствами, а также малыми полостями опухоли, и артеріальными капиллярами Мальпигіевыхъ тѣлецъ, а съ другой стороны между щелевидными пространствами, выстланными „высокимъ эпителіемъ" и венозными капиллярами, выстланными плоскимъ эндотеліемъ.

На основаніи данныхъ своего изслѣдованія, *Albrecht* приходитъ къ выводу, что кровь изъ артеріальныхъ капилляровъ Мальпигіевыхъ тѣлецъ изливается въ опухоль, проходитъ черезъ ея маленькія и большія полости и щелевидныя пространства, а затѣмъ попадаетъ въ венозную систему селезенки.

Полости и щелевидныя пространства, выстланныя „высокимъ эпителіемъ", авторъ считаетъ за капиллярныя вены Billroth'а, которыя въ зародышевой жизни были заложены въ недостаточномъ количествѣ, но съ болѣе широкимъ просвѣтомъ, чѣмъ въ нормѣ. Такая недостаточная закладка капиллярныхъ венъ въ связи съ также недостаточнымъ количествомъ отводящихъ венъ могла повлечь за собой, по мнѣнію *Albrecht*'а, сперва незначительный застой крови, который въ свою очередь впослѣдствіи могъ содѣйствовать превращенію расширенныхъ капиллярныхъ венъ Billroth'а въ полости различной величины. Тотъ же застой могъ усилить специфическую раздражительность „эпителія" селезенки, обычно вызываемую циркулирующей кровью и обусловить гипертрофію и повышенную функціональную (фагоцитарную) дѣятельность этого „эпителія".

Въ заключеніе *Albrecht* указываетъ, что изученныя имъ

множественныя кавернозныя гемангіомы селезенки принадлежать къ порокамъ развитія, состоящимъ въ недостаточной закладкѣ опредѣленныхъ элементовъ селезенки съ уже давно закончившимся ростомъ: „eine in ihrem Wachsthum längst abgeschlossene Hemmungsbildung“ [1]).

Theile представилъ подробное изслѣдованіе четырехъ случаевъ сосудистыхъ опухолей селезенки, встрѣтившихся *Lubarsch*'у (см. стр. 311). Изъ этихъ четырехъ случаевъ *Theile* три считаетъ гемангіомами, а четвертый причисляетъ къ „саркоматознымъ ангіомамъ“.

Въ первомъ случаѣ у мужчины 22 лѣтъ, умершаго отъ гангрены легкихъ и обоесторонняго гнойнаго плеврита, случайно при вскрытіи было найдено въ незначительно увеличенной селезенкѣ шаровидное, красное, рѣзко ограниченное образованіе мягкой консистенціи, величиною съ вишню. Опухоль была со всѣхъ сторонъ рѣзко отграничена отъ ткани селезенки и состояла въ периферическихъ своихъ частяхъ изъ большого количества широкихъ капилляровъ, расположенныхъ близко другъ къ другу. Эти капилляры имѣли видъ полостей, были выстланы гипертрофированнымъ и гиперплазированнымъ эндотеліемъ и содержали нормальную кровь. Мѣстами между полостями открывались остатки селезеночной пульпы. Ближе къ центральной части опухоли содержимое полостей состояло изъ тромбовъ, находившихся въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Въ центральныхъ частяхъ опухоли проходимыхъ для крови полостей было мало, большинство послѣднихъ запустѣло и на ихъ мѣстѣ наблюдалось развитіе соединительной ткани многочисленныя веретенообразныя клѣтки съ большими ядрами и малочисленныя коллагенныя волокна.

На основаніи результатовъ микроскопическаго изслѣдованія *Theile* назвалъ данную опухоль „облитерированной гемангіомой селезенки“.

Во второмъ случаѣ у мужчины 31 года, умершаго отъ гнойнаго перитонита послѣ прободенія язвы желудка, случайно при вскрытіи были найдены двѣ опухоли селезенки. Размѣры селезенки—14 cm.×7½ cm.×3 cm. На капсулѣ были фибринозно-гнойныя наложенія. На разрѣзѣ количество пульпы представлялось увеличеннымъ. Около нижняго полюса селезенки были найдены двѣ опухоли, рѣзко отграниченныя отъ окружавшей ихъ селезеночной ткани. Верхняя опухоль оказалась темно-краснаго цвѣта, имѣла губчатый видъ и по величинѣ была нѣсколько больше вишни; нижняя была краснаго цвѣта, довольно плотной консистенціи и немного меньше верхней. При микроскопическомъ изслѣдованіи верхняя опухоль селезенки по строенію представлялась тождественной съ упомянутой мною выше гемангіомой се-

[1]) *Albrecht.* l. c. p. 18.

лезенки въ первомъ случаѣ *Theile*. Нижняя опухоль подъ микроскопомъ оказалась состоящей изъ многочисленныхъ полостей различной величины, сообщавшихся между собою и по строенію своихъ стѣнокъ похожихъ частью на капилляры, а частью на вены. Между полостями мѣстами открывались соединительнотканныя прослойки, а мѣстами остатки селезеночной пульпы. Содержимое большинства полостей нижней опухоли составляла кровь и только въ нѣкоторыхъ полостяхъ были найдены тромбы въ начальной стадіи своей организаціи. *Theile*, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, причислялъ верхнюю опухоль къ облитерирующимся кавернознымъ гемангіомамъ, а нижнюю —къ кавернознымъ гемангіомамъ селезенки.

Въ третьемъ случаѣ при вскрытіи мужчины 62 лѣтъ, умершаго отъ туберкулеза легкихъ и брюшины, были найдены въ селезенкѣ геморрагическіе инфаркты и двѣ опухоли. Послѣднія имѣли шаровидную форму и были плотной консистенціи. Одна изъ опухолей была величиною съ горошину, другая нѣсколько меньшей величины. При микроскопическомъ изслѣдованіи, обѣ опухоли селезенки оказались одинаково построенными съ упомянутою мною выше опухолью перваго случая и съ опухолью второго случая *Theile*. На основаніи микроскопическаго изслѣдованія авторъ считаетъ обѣ опухоли за облитерирующіяся кавернозныя гемангіомы селезенки.

Во всѣхъ приведенныхъ трехъ случаяхъ *Theile* имѣлъ дѣло съ кавернозными гемангіомами селезенки, находившимися въ періодѣ обратнаго развитія, благодаря запустѣванію затромбозированныхъ кавернозныхъ полостей. *Theile* указываетъ на большое сходство описанныхъ имъ гемангіомъ селезенки съ гемангіомами печени.

Въ четвертомъ случаѣ *Theile* была найдена чрезвычайно рѣдкая комбинація доброкачественной и злокачественной опухоли, почему этотъ случай самимъ авторомъ разбирается отдѣльно отъ выше приведенныхъ трехъ, несомнѣнно доброкачественныхъ, случаевъ. Въ виду значительнаго интереса этого наблюденія, я приведу краткія свѣдѣнія и о немъ.

У мужчины 56 лѣтъ было произведено удаленіе селезенки по поводу ея опухоли, при чемъ больной умеръ на слѣдующій же день отъ послѣдовательнаго кровотеченія. Въ удаленной, очень увеличенной (25 cm.×16 cm.×8 cm.) селезенкѣ были найдены множественныя сосудистыя опухоли. При вскрытіи были констатированы такія же множественныя опухоли въ печени и легкихъ и одиночный узелъ опухоли въ слизистой оболочкѣ дна желудка.

При микроскопическомъ изслѣдованіи селезенки было обнаружено почти полное отсутствіе ея ткани. Множественные узлы опухоли селезенки представляли смѣшанное строеніе. Мѣстами въ узлахъ

открывались полости различной величины, выстланныя плоскимъ однослойнымъ эндотеліемъ и наполненныя кровью. Между полостями находились соединительнотканныя перегородки. Въ стѣнкахъ большихъ полостей имѣлись также гладкія мышечныя клѣтки, наличность которыхъ, по мнѣнію *Theile*, указываетъ на венозный характеръ этихъ полостей. Мѣстами ткань узловъ почти исключительно состояла изъ тяжей веретенообразныхъ соединительнотканныхъ клѣтокъ съ полиморфными ядрами. Лишь кое-гдѣ, среди этой, по *Theile*, несомнѣнно саркоматозной ткани, встрѣчались узкіе капилляры, набитые красными кровяными шариками.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей печени были найдены узлы трехъ родовъ. Одни узлы состояли изъ множества толстостѣнныхъ полостей, между которыми находилась очень богатая ядрами соединительная ткань, въ которой были видны тонкостѣнные капилляры. Другіе узлы представляли саркоматозное строеніе (sarcoma fusocellulare), наподобіе нѣкоторыхъ участковъ узловъ въ селезенкѣ. Наконецъ, третьи узлы, расположенные подъ капсулой печени, состояли изъ широкихъ полостей, наполненныхъ кровью, выстланныхъ эндотеліемъ и сообщавшихся между собою. Въ такихъ соединительнотканныхъ перегородкахъ между полостями не было найдено никакихъ признаковъ саркоматознаго строенія.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей въ легкихъ также были найдены узлы различнаго строенія, при чемъ саркоматозные преобладали надъ ангіоматозными.

Единственный узелъ опухоли, найденный въ слизистой желудка, оказался чистой саркомой.

По мнѣнію *Theile*, опухоль въ селезенкѣ была „саркоматозной гемангіомой“, а опухоли въ другихъ органахъ явились метастазами этой „саркоматозной ангіомы“, при чемъ одни метастазы оказались построенными по типу кавернозныхъ гемангіомъ, другіе по типу веретеноклѣточковыхъ саркомъ, а третьи оказались смѣшаннаго строенія.

Подъ словомъ „саркома“ *Theile* въ данномъ случаѣ подразумѣвалъ не обычныя соединительнотканныя злокачественныя клѣтки, а разросшіеся недифференцированные ангіобласты. Названіемъ „саркоматозная ангіома“ тотъ же авторъ, по примѣру *Lubarsch*'а (1898), желалъ обозначить ту степень анаплазіи, когда въ ангіомахъ начинаютъ появляться значительнаго размѣра участки, состоящіе изъ недифференцированной ткани.

Въ 1904 г. *Ombredanne и Martin* демонстрировали въ парижскомъ анатомическомъ обществѣ селезенку, удаленную per laparotomiam у женщины 31 г.

Микроскопическое изслѣдованіе селезенки было произведено *Dominici*, который опредѣлилъ кавернозное перерожденіе селезеночной ткани, происшедшее вслѣдствіе расширенія сосудистыхъ пространствъ Мальпигіевыхъ тѣлецъ и Билльротовскихъ венъ и эктазіи венозныхъ синусовъ. Въ однѣхъ полостяхъ были найдены красные кровяные шарики, въ другихъ — небольшое количество одноядерныхъ лейкоцитовъ. Въ самой селезенкѣ были обнаружены явленія хроническаго воспаленія (не инфекціоннаго происхожденія).

Dominici указалъ, что картина изслѣдованной имъ опухоли больше всего напоминаетъ ангіому. Противъ ангіомы говорятъ, по его мнѣнію, отсутствіе новообразованныхъ сосудовъ и то обстоятельство, что расширенными явились не сосуды, а лишь сосудистыя пространства („dilatation des lacunes des corpuscules de Malpighi et des cordons de Billroth") [1]).

Cornil, просмотрѣвшій микроскопическіе препараты, высказался въ пользу того, что данную опухоль слѣдуетъ считать гемангіомой.

Эту же гемангіому селезенки вторично описалъ *Martin* (1909), который указываетъ, что *Duval*, *Brault* и *Griffon* также причислили описанную имъ опухоль къ гемангіомамъ селезенки. Ничего новаго въ гистологическомъ описаніи *Martin*'а не имѣется. Изъ литературы онъ приводитъ 7 случаевъ описанныхъ слѣдующими авторами: *Langhans*'омъ, *Theile* (4 случая), *Homans*'омъ и *Le Fort*'омъ. Послѣдній авторъ описалъ эндотеліому селезенки (см. ниже).

Въ 1906 г. *Devic и Tolot* нашли при вскрытіи женщины 37 лѣтъ увеличенную селезенку, пронизанную многочисленными кавернозными гемангіомами. Этотъ діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ селезенки. Кромѣ того, у той же женщины были найдены: множественныя гемангіомы печени, бахромокъ Фаллопіевой трубы, лѣвой грудной железы и подкожной клѣтчатки области послѣдней, средостѣнія и жировой капсулы лѣвой почки, а также ангіосаркома оболочекъ спинного мозга.

Интересно отмѣтить, что упомянутые авторы не нашли въ литературѣ достовѣрныхъ наблюденій злокачественнаго перерожденія гемангіомы. Однако, для объясненія своего случая, они были принуждены допустить возможность такого перерожденія. „Il est permis, croyons-nous", пишутъ

---

[1]) *Ombredanne et Martin.* Angiome de la rate etc. Soc. anat. 22. I. 1904. LXXIX. № 1. p. 59.

Devic и *Tolot*, „dans notre cas, de considérer comme vraisemblable, sinon comme certain, la transformation de l'angiome en angiosarcome“ [1]).

Въ томъ же году (1906) *Böckelmann* опубликовалъ работу, посвященную интересному случаю сосудистой опухоли селезенки, удаленной чревосѣченіемъ у 15-мѣсячнаго ребенка.

Опухоль селезенки была впервые замѣчена за 3 мѣсяца до операціи. Кромѣ того, у этого же ребенка было удалено 9 небольшихъ опухолей кожи и одна слизистой оболочки рта. При микроскопическомъ изслѣдованіи эти опухоли оказались гемангіомами. Селезенка представлялась въ видѣ двухъ узловъ, одного меньшаго (размѣрами 6,7 cm. × 7 cm. × 1,5 cm.), состоявшаго изъ селезеночной ткани, и другого, большаго, (размѣрами 9,5 cm. × 7 cm. × 5,5 cm.), оказавшагося сосудистой опухолью. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что въ различныхъ своихъ отдѣлахъ она представляла различное строеніе. Мѣстами открывались широкія полости, раздѣленныя между собою соединительнотканными перекладинами и наполненныя кровью или лимфой; мѣстами были видны скопленія новообразованныхъ капилляровъ, а также небольшихъ венъ, заложенныхъ въ селезеночной ткани; наконецъ, мѣстами замѣчались участки изъ веретенообразныхъ соединительнотканныхъ клѣтокъ (напоминавшихъ саркоматозныя), среди которыхъ проходили небольшіе тонкостѣнные сосуды. Кромѣ того, были вездѣ найдены кровоизліянія и фибринные тромбы Такимъ образомъ, въ предѣлахъ одной опухоли имѣлись участки, изъ которыхъ одни напоминали по своему строенію кавернозную гемангіому, другіе — кавернозную лимфангіому, третьи — простую капиллярную гемангіому, и, наконецъ, четвертые — веретеноклѣточную саркому. Кромѣ того были найдены участки, въ которыхъ можно было обнаружить прорастаніе селезеночной ткани типичной кавернозной гемангіомой. Такіе участки представляютъ собою, по мнѣнію *Böckelmann*'а, злокачественную ангіому или, лучше, ангіосаркому.

На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, авторъ предлагаетъ описанную имъ опухоль назвать ангіосаркомой селезенки, хотя онъ допускаетъ и названіе „ангіомы“ съ добавленіемъ, что опухоль состоитъ изъ соединенія гемангіомы и лимфангіомы.

Причиной появленія данной опухоли селезенки *Böckelmann* считаетъ неправильности образованія сосудовъ, имѣвшія мѣсто въ раннемъ періодѣ развитія организма. Непра-

---

[1]) *Devic et Tolot*. Un cas d'angiosarcome des méninges etc. R. méd. 1906. XXVI. p. 268.

вильно заложенные сосуды впослѣдствіи разраслись и дали опухолевидное образованіе. „Sowohl im Hautsystem", говоритъ *Böckelmann*, „wie in der Milz sind im frühen Entwicklungsstadium Bildungsstörungen an den Gefässen vorgekommen, die später geschwulstartig weiter gewuchert sind" [1]).

Интересно отмѣтить, что *Böckelmann* называетъ безразлично ангіосаркомой какъ разрастающуюся саркоматозную ткань, богатую новообразованными капиллярами, такъ и инфильтративно разрастающуюся кавернозную гемангіому, разрушающую близлежащую паренхиму селезенки. Нѣтъ сомнѣнія, что обозначеніе однимъ названіемъ двухъ совершенно различныхъ гистологическихъ процессовъ является нежелательнымъ, такъ какъ вноситъ только путаницу.

Trappe описалъ сосудистую опухоль селезенки, очень похожую на опухоль, описанную *H. Albrecht*'омъ (см. стр. 318—320).

У мужчины 50 лѣтъ, умершаго отъ рака желудка, случайно при вскрытіи была найдена на діафрагмальной поверхности застойной селезенки рѣзко ограниченная шаровидная опухоль сине-краснаго цвѣта. Опухоль была величиной съ грецкій орѣхъ, плотной консистенціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ многочисленныхъ полостей различной величины, наполненныхъ кровью и мѣстами между собою сообщавшихся. Полости оказались выстланными однимъ слоемъ большихъ, кубическихъ „эпителіальныхъ" клѣтокъ, наполненныхъ зернами кровяного пигмента. Самъ *Trappe* указываетъ на морфологическое и физіологическое (фагоцитозъ) сходство этихъ клѣтокъ съ клѣтками, описанными *Albrecht*'омъ (см. стр. 315). Такой же „эпителій" встрѣчался какъ въ щелевидныхъ продолженіяхъ полостей, такъ и въ селезеночной пульпѣ. Наряду съ этимъ наблюдались полости, выстланныя такимъ же плоскимъ эндотеліемъ, какимъ выстланы венозные сосуды. Щелевидныя продолженія послѣднихъ полостей также были выстланы плоскимъ эндотеліемъ. Кромѣ того, мѣстами отмѣчался переходъ высокаго эпителія въ плоскій эндотелій. Между полостями открывалась ткань селезенки, очень застойная и богатая фагоцитирующими эндотеліальными клѣтками пульпы. Въ этихъ же участкахъ трабекулы и Мальпигіевыя тѣльца были видны лишь въ ограниченномъ количествѣ. Граница опухоли была не рѣзкая и нѣкоторыя одиночныя большія ея полости иногда встрѣчались среди нормальной ткани селезенки далеко отъ опухоли. На границѣ съ опухолью въ селезеночной ткани было замѣтно рѣзкое уве-

---

[1]) *Böckelmann*. Über ein Angiom der Milz. I.D. Greifswald. 1906. p. 41—42.

личеніе числа трабекулъ и въ особенности Мальпигіевыхъ тѣлецъ. Мѣстами послѣднія окружали опухоль въ видѣ непрерывныхъ рядовъ.

Мнѣніе *Trappe* о кровообращеніи въ данной опухоли и о ея мѣстѣ въ онкологической системѣ ничѣмъ не отличается отъ уже приведенныхъ мною выше (стр. 319—320) взглядовъ *H. Albrecht*'а.

Trappe называетъ описанную имъ опухоль: Hamartoma cavernosum lienis. Въ пользу правильности такого названія говоритъ, по мнѣнію *Trappe*, во-первыхъ, строеніе опухоли, соотвѣтствующее нѣсколько измѣненному обычному строенію селезенки, во-вторыхъ, наличность такого же типа кровообращенія и той же фагоцитарной функціи, которыя наблюдаются въ нормальной селезенкѣ, и, наконецъ, полное отсутствіе тѣхъ тканевыхъ элементовъ, которые обычно не встрѣчаются въ этомъ органѣ.

Strada описалъ множественныя кавернозныя гемангіомы селезенки. Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось достать его работы ни въ оригиналѣ, ни въ рефератѣ.

Benckendorff очень подробно изслѣдовала опухоль селезенки, удаленной у женщины 53 лѣтъ.

Размѣры предоставленной ей для изслѣдованія половины селезенки были: длина—17 cm., ширина—8 cm. и толщина 4.5 cm. Опухоль занимала 3/4 селезенки, располагалась въ центральныхъ частяхъ ея и рѣзко выдѣлялась среди ткани селезенки. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ полостей различной величины. Чаще встрѣчались полости съ діаметромъ около 80 μ., однако открывались и полости большей величины, съ діаметромъ ок. 150 μ. Эти полости представляли собой расширенныя и сильно извитыя капиллярныя вены селезенки. Между ними была расположена сильно сдавленная пульпа. Мѣстами полости были наполнены красными кровяными шариками, мѣстами своеобразной гіалиновой коллоидной массой. На основаніи различныхъ микрохимическихъ реакцій, авторъ пришла къ выводу, что коллоидная масса въ полостяхъ являлась продуктомъ особыхъ превращеній красныхъ кровяныхъ шариковъ и по своему химическому строенію близко подходитъ къ коллоиду щитовидной железы. Кромѣ того, въ опухоли были найдены объизвествленныя мѣста и отложенія бураго пигмента, богатаго желѣзомъ. Автору не удалось найти ни прямой связи между сосудистыми пространствами опухоли и сосудами сохранившейся ткани селезенки, ни переходныхъ формъ между тѣми и другими. Исключеніе составляли нѣкоторые периферическіе участки опухоли на границѣ съ капсулой селезенки. Здѣсь *Benckendorff* нашла нѣсколько широкихъ сосудовъ опухоли, строеніе стѣнокъ которыхъ нѣсколько напоминало строеніе стѣнокъ капиллярныхъ венъ.

Считая сущностью процесса расширеніе просвѣтовъ и удлиненіе капиллярныхъ венъ селезенки, *Benckendorff* причисляетъ описанную ею опухоль къ кавернознымъ гемангіомамъ селезенки, несмотря на незначительную ширину полостей этой опухоли. По ея мнѣнію, характернымъ для кавернозныхъ гемангіомъ является не діаметръ полостей, а строеніе стѣнокъ, которыя должны состоять только изъ ѳндотелія.

Jores описалъ случай „саркоматозной ангіомы" селезенки, очень сходный со случаями *Langhans*'а и *Theile*, мною уже приведенными (стр. 314 и 320).

У женщины 45 лѣтъ за годъ до ея смерти появилась опухоль селезенки, которую долго и интензивно лѣчили Рентгеновскими лучами. За 1/2 года до смерти появилось увеличеніе печени. Оба органа продолжали увеличиваться, не взирая на примѣненную терапію. При вскрытіи оба органа были найдены чрезвычайно увеличенными. Размѣры селезенки были: 31 cm. × 15 cm. × 16 cm.; вѣсъ ея: 3,6 kg. На разрѣзѣ нормальное строеніе селезенки исчезло. Периферическія части ея представляли ячеистое строеніе. Размѣры печени были: 38 cm. × 35 cm. × 15 cm.; вѣсъ ея: 8,6 kg. На поверхности ея выбухали многочисленные сине-красные узлы, величиной отъ вишни до яблока. Кромѣ того, въ толщѣ печени были многочисленные небольшіе темно-красные участки различной формы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи селезенки оказалось, что въ ней имѣлись лишь остатки бывшей опухоли—типичной кавернозной гемангіомы. Остальная ткань какъ селезенки, такъ и опухоли была некротизована, вѣроятно подъ вліяніемъ долгаго дѣйствія Рентгеновскихъ лучей.

При микроскопическомъ изслѣдованіи печени большіе узлы и маленькіе участки представляли самое разнообразное строеніе. Одни состояли исключительно изъ сосудовъ („rein aus Gefässen"), при чемъ въ серединѣ такихъ узловъ открывались кровоизліянія, другіе были построены изъ многочисленныхъ небольшого размѣра сосудистыхъ пространствъ, заложенныхъ въ довольно обильной соединительной ткани, третьи представляли типичное кавернозное строеніе и состояли изъ широкихъ сосудистыхъ полостей, раздѣленныхъ другъ отъ друга тонкими перегородками. Наконецъ, многіе узлы по строенію оказались очень похожими на веретенообразную саркому. Однако, *Jores*'у удалось найти между веретенообразными клѣтками красные кровяные шарики, расположенные рѣже безъ опредѣленнаго порядка, чаще же какъ бы въ ячейкахъ, стѣнки которыхъ состояли изъ указанныхъ веретенообразныхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по окружности такихъ ячеекъ, кромѣ веретенообразныхъ клѣтокъ (эндотелія) были видны полосы соединительной ткани. На основаніи своихъ изслѣдованій *Jores* приходитъ къ заключенію, что „саркоматозныя" мѣста являются на самомъ дѣлѣ спавшимися и близко другъ возлѣ друга распо-

ложенными, чрезвычайно тонкостѣнными кровеносными сосудами. Стѣнки этихъ сосудовъ состоятъ только изъ веретенообразнаго эндотелія.

Что касается объясненія своего случая, то *Jores* всецѣло присоединяется къ мнѣнію *Theile*, описавшаго подобную же опухоль (см. выше, стр. 321). *Jores* также, какъ и *Theile*, предполагаетъ, что его кавернозная гемангіома селезенки была первичной опухолью, а множественныя опухоли печени явились метастазами этой первичной доброкачественной опухоли. *Jores*, по примѣру *Theile*, также считаетъ, что „саркоматозныя“ мѣста состояли изъ ангіобластовъ, т. е. изъ не дифференцированныхъ или мало дифференцированныхъ клѣтокъ.

Golovina-Ammon изслѣдовала кавернозную гемангіому селезенки, случайно найденную при вскрытіи мальчика 16 лѣтъ, умершаго отъ туберкулезнаго менингита.

Въ верхней половинѣ лишь незначительно увеличенной селезенки (размѣры ея: 16 cm. ╳ 6 cm. ╳ 2 cm.) находилась опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, ячеистаго строенія. Опухоль состояла изъ полостей различной величины (отъ булавочной головки до горошины) и рѣзко выдѣлялась среди ткани селезенки, хотя капсулы не было видно. Кромѣ того, въ селезенкѣ были найдены многочисленные блѣдные узелки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи большой опухоли, оказалось, что она состояла изъ многочисленныхъ полостей самой различной величины, диффузно расположенныхъ въ сильно измѣненной пульпѣ селезенки. Эти полости представляли собой расширенныя капиллярныя вены. Мѣстами замѣчалось размноженіе эндотелія капиллярныхъ венъ, представлявшагося въ видѣ тяжей веретенообразныхъ клѣтокъ. Эти тяжи располагались между кавернозными полостями и напоминали по своему строенію веретеноклѣточковую саркому. Кое гдѣ между веретенообразными клѣтками открывались красные кровяные шарики. Такимъ образомъ, получилась комбинація кавернозной гемангіомы съ веретеноклѣточковой саркомой, отчего авторъ назвала описанную ею опухоль „fibrosarcomatöses Angiom der Milz“. Блѣдные множественные узелки, по мнѣнію автора, по всей вѣроятности, представлялись также саркоматозными. Кромѣ того, былъ найденъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи селезенки, туберкулезный узелокъ.

Въ заключеніе авторъ говоритъ, что въ изслѣдованной ей селезенкѣ встрѣтился большой узелъ смѣшаннаго (саркоматозно-ангіоматознаго) и малые узлы саркоматознаго строенія.

Наконецъ, *Ernst* демонстрировалъ на XV съѣздѣ нѣмецкихъ патологовъ препараты множественныхъ геман-

гіомъ, найденныхъ при жизни и во время вскрытія у мальчика $2^1/_2$ мѣсяцевъ. Кромѣ множественныхъ гемангіомъ кожи, слизистыхъ десенъ и печени, въ селезенкѣ также оказалось нѣсколько „ангіоматозныхъ узловъ“: „Milz führte auch“, пишетъ *Ernst*, „mehrere ganz gleich gebaute angiomatöse Herde“ [1]). Строеніе всѣхъ узловъ какъ въ различныхъ другихъ органахъ, такъ и въ селезенкѣ напоминало мѣстами строеніе телеангіэктазіи, мѣстами строеніе гипертрофической гемангіомы. Этимъ строеніемъ опухоли селезенки, описанныя *Ernst*'омъ, рѣзко отличаются отъ гемангіомъ селезенки, описанныхъ другими авторами.

Для полноты обзора литературы сосудистыхъ опухолей селезенки я еще упомяну о случаяхъ *Legueu и Le-Fort*'а (1893), *Баранчика* (1909) и *Risel*'я (1909).

Legueu и Le-Fort описали случай удаленія селезенки у мужчины 56 лѣтъ.

Селезенка была увеличена, вѣсила 4,8 kg. и состояла главнымъ образомъ изъ кистъ различной величины (отъ горошины до дѣтской головки), наполненныхъ кровянистой жидкостью. Въ центральныхъ частяхъ селезенки находился болѣе плотный участокъ, въ которомъ были видны расширенныя сосудистыя пространства венознаго и капиллярнаго типа. Въ этомъ участкѣ находились также остатки селезеночной пульпы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ *Curtis*'омъ, различные участки опухоли оказались не одинаковаго строенія. Мѣстами внутреннія стѣнки кистъ представляли ангіоматозное строеніе и состояли изъ широкихъ полостей, соотвѣтствовавшихъ, по мнѣнію *Curtis*'а, расширеннымъ венознымъ сосудамъ селезенки. По окружности полостей открывались соединительнотканныя волокна, представлявшіяся мѣстами гіалиново, мѣстами слизисто перерожденными. Въ нѣкоторыхъ участкахъ опухоли въ просвѣтахъ полостей находилась кровь. Въ полостяхъ другихъ участковъ среди крови встрѣчались одиночныя большія эндотеліальныя клѣтки. Наконецъ, въ третьихъ участкахъ весь просвѣтъ полостей оказался занятымъ размножившимися эндотеліальными клѣтками. *Curtis* назвалъ эту опухоль эндотеліомой.

Risel (см. ниже) цитируетъ этотъ случай и указываетъ, что саркоматозные участки въ случаѣ, изслѣдованномъ *Curtis*'омъ, очень похожи по строенію на такіе же участки въ его собственномъ случаѣ. Наконецъ, *Martin* (1909) причи-

---

[1]) *Ernst*. Angiomatosis der Haut, Leber und Milz. C. Path. 1912. XXIII. № 10. p. 453.

сляетъ приведенный случай *Legueu и Le-Fort*'а къ гемангіомамъ селезенки и приводитъ его какъ седьмой опубликованный въ литературѣ случай этихъ опухолей.

Въ 1909 г. *Баранчикъ* описалъ фибросаркому селезенки съ телеангіэктазіями въ ней. Къ сожалѣнію, его работа мнѣ не была доступна.

Въ томъ же году появилась работа *Risel*'я, интересная тѣмъ, что онъ въ „эндотеліальной саркомѣ" селезенки, удаленной у мужчины 52 лѣтъ, нашелъ такія же „эпителіальныя" клѣтки, какія были описаны *H. Albrecht*'омъ и *Trappe*. *Risel* считаетъ эти клѣтки размножившимся эндотеліемъ сосудистыхъ пространствъ селезенки.

Кромѣ громадной опухоли, занявшей $^3/_4$ селезенки, въ случаѣ *Risel*'я при вскрытіи въ печени также были найдены многочисленные метастазы опухоли изъ селезенки.

Самъ авторъ указываетъ, что, несмотря на наличность нѣсколькихъ широкихъ сосудистыхъ полостей въ опухоли селезенки, изслѣдованная имъ опухоль селезенки и метастазы ея въ печени нигдѣ не представляли ангіоматознаго строенія.

Изъ приведенныхъ мною литературныхъ данныхъ видно, что къ гемангіомамъ селезенки нѣкоторыми авторами причисляются опухоли, которыя, по моему мнѣнію, должны быть выдѣлены изъ этой группы. Къ такимъ опухолямъ я отношу, во-первыхъ, опухоли, описанныя *Birsch-Hirschfeld*'омъ (1894) и *Spillmann*'омъ и представлявшія собою кисты и, во-вторыхъ, всѣ опухоли селезенки, въ которыхъ имѣлась комбинація съ „саркоматозной" тканью (IV случай *Theile*, случаи *Böckelmann*'а, *Golovina-Ammon*, *Legueu и Le Fort* и *Баранчика*). Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ опухоль селезенки представляла одно лишь ангіоматозное строеніе. Недостаточно выясненнымъ, по моему мнѣнію, является только случай *Jores*'а, въ которомъ вся селезенка съ большею частью опухоли оказалась некротизованною подъ вліяніемъ примѣненія рентгенотерапіи, почему *Jores* не имѣлъ возможности изслѣдовать всю опухоль.

Распредѣленіе гемангіомъ селезенки (за исключеніемъ случаевъ „саркоматозныхъ" ангіомъ и со включеніемъ слу-

чая *Jores*'а) по возрасту и полу заболѣвшихъ представлено мною въ нижеслѣдующей таблицѣ XXIV.

Таблица XXIV.

Полъ	Возрастъ: До 1 года	отъ 20 до 29 л.	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	„ 70 „ 79 „	Неизвѣстно	Всего
мужч.	1	2	2	2	1	2	—	—	10
женщ.	—	2	2	2	1	1	1	—	9
неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Итого	1	4	4	4	2	3	1	2	21

Изъ этой таблицы (XXIV) видно, что гемангіомы селезенки были найдены у дѣтей только одинъ разъ (*Ernst*). За исключеніемъ больного *Ernst*'а (ребенокъ $2^1/_2$ мѣс.), наиболѣе молодымъ изъ лицъ, страдавшихъ этими образованіями, было 22 года (два лица), наиболѣе старому—72 года. Распредѣленіе больныхъ гемангіомами селезенки по возрасту не показываетъ преимущественнаго пораженія въ какомъ-нибудь опредѣленномъ возрастѣ. Также не наблюдается преимущественнаго заболѣванія мужчинъ или женщинъ. Въ приведенной таблицѣ XXIV-ой число тѣхъ и другихъ почти одинаковое. Относительно двухъ случаевъ (*Billroth*'а и *Strada*) у меня не было свѣдѣній ни о возрастѣ, ни о полѣ больныхъ.

Въ шести случаяхъ (*Moltrecht*, *Hodge*, *Homans*, *Снегиревъ*, *Ombredanne и Martin* и *Benckendorff*) опухоль селезенки была удалена оперативнымъ путемъ, въ 13-ти она была найдена при вскрытіи, относительно двухъ случаевъ (*Billroth*'а и *Strada*) у меня не имѣется свѣдѣній о томъ, какимъ образомъ были обнаружены опухоли. Гемангіомы селезенки при вскрытіи въ большинствѣ случаевъ (въ одинадцати) оказались случайной находкой. Только въ случаяхъ *Langhans*'а и *Jores*'а

уже при жизни со стороны селезенки наблюдались рѣзкія измѣненія. Опухоли, описанныя этими авторами, оказались рѣзко обособленными отъ остальныхъ гемангіомъ селезенки и въ патолого-анатомическомъ отношеніи, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ были найдены „метастазы“ въ печени.

Въ двѣнадцати случаяхъ гемангіомы селезенки представлялись въ видѣ одиночной опухоли, въ восьми (въ случаяхъ *Virchow*'а, *Stamm*'а, *H. Albrecht*'а, *Devic и Tolot*, *Strada*, *Ernst*'а и въ двухъ случаяхъ *Theile*) онѣ были множественными. Величина гемангіомъ была самая различная, начиная отъ маленькихъ узелковъ, величиною съ булавочную головку, и кончая громадными опухолями, занимавшими 9/10 сильно увеличенной селезенки. Капсула по окружности гемангіомъ селезенки была найдена только *Virchow*'ымъ и *Hoge*.

Микроскопическое изслѣдованіе гемангіомъ селезенки въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ дало однообразную картину. Опухоли состояли изъ полостей различной величины, представлявшихъ собою, по мнѣнію всѣхъ авторовъ, чрезвычайно расширенныя капиллярныя вены селезенки. Между полостями открывалась пульпа селезенки, въ большинствѣ случаевъ измѣненная. Многіе авторы отмѣтили почти полное отсутствіе трабекулъ и фолликуловъ между полостями и, наоборотъ, значительное ихъ количество въ ткани селезенки вокругъ опухоли. Содержимое этихъ полостей составляло кровь и, въ случаѣ *Benckendorff*, своеобразная гіалиновая масса. Всѣ полости были выстланы эндотеліемъ, представлявшимся въ нѣкоторыхъ опухоляхъ (случаи *Albrecht*'а и *Trappe*) въ видѣ „эпителія“. *Risel* и другіе авторы встрѣчали такія „высокія“ клѣтки и при другихъ заболѣваніяхъ (при спленомегаліи типа *Gaucher*, въ эндотеліомахъ и въ эндотеліальныхъ саркомахъ). Наиболѣе вѣроятнымъ кажется мнѣ тотъ взглядъ, по которому эти „эпителіальныя“ клѣтки являются гипертрофированнымъ и гиперплазированнымъ плоскимъ эндотеліемъ капиллярныхъ венъ. Въ пользу такого взгляда особенно говоритъ наличность переходныхъ формъ между плоскимъ эндотеліемъ и высокимъ эпителіемъ, наблюдавшихся различными авторами (*H. Albrecht*'омъ, *Trappe*, *Risel*'емъ и др.).

Уклоненія отъ описанной микроскопической картины

гемангіомъ селезенки наблюдали *Theile* и *Ernst*. Первый въ нѣсколькихъ изслѣдованныхъ имъ гемангіомахъ селезенки нашелъ многія запустѣвшія полости. Запустѣніе полостей явилось слѣдствіемъ организаціи плотной соединительной тканью тромбовъ, образовавшихся въ этихъ полостяхъ. Второй авторъ (*Ernst*) нашелъ, что въ его случаѣ множественныя гемангіомы селезенки были построены по типу простыхъ гемангіомъ.

Кровообращеніе въ гемангіомахъ селезенки, повидимому, совершается по типу обычнаго кровообращенія въ селезенкѣ.

Всѣ чистыя гемангіомы селезенки, за исключеніемъ гемангіомъ, описанныхъ *Ernst*'омъ, принадлежали къ кавернозному типу гемангіомъ.

Что касается ихъ мѣста въ онкологической системѣ, то, какъ высказываются всѣ современные авторы, гемангіомы селезенки не являются новообразованіями въ обычномъ смыслѣ этого слова, а „гамартомами“, т. е., ихъ происхожденіе объясняется неправильностями внутриутробнаго развитія селезенки.

Литература. 1652. **Tulpius**. см. V. p. 398. — 1826. **J. Bell**. см. V. p. 398. — 1855. **Billroth**. см. стр. 226. — 1863. **V**. см. стр. 9; III. p. 397. — 1865. **Förster**. см. стр. 49; II. p. 826. — 1876. **Spillmann**. Hématome cystique. A. de phys. norm. et path. см. Albrecht, Birch-Hirschfeld, Theile и др. — 1879. **Langhans**. см. стр. 306. — 1882. **Adelmann**. Die Wandlungen der Splenectomie seit 30 Jahren. A. Chir. XXXVI. p. 442. — 1882/83. **Martin**. Zwei Fälle von Cavernom der Milz bei einem Pferd u. einem Rinde. Münchener Jb. p. 104. см. H. Albrecht. — 1885. **Fink**. Zur Kenntniss der Geschwulstbildungen in der Milz. Pr. Z. f. H. p. 349. см. V.I.B. 20, Albrecht и др. — 1890. **Ledderhose**. Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken und der Milz. см. Albrecht и др. — 1891. **Stamm**. см. стр. 64. — 1892. **Pilliet**. Soc. de biologie. см. M.B. p. 183. — 1893. **Dandolo**. Lo stato presente della chirurgia della milza. G. med. lombarda. № 7, 8, 9. см. V.I.B. 28. p. 507. — 1894. **Ceci**. Splenectomia. Policlinico. 15. VIII. см. V.I.B. 29. — 1894. **Vulpius**. Beiträge zur Chirurgie und Physiologie der Milz. B.B. XI. p. 633. — 1895. **Hoge**. Angioma cavernosum of the spleen. Medical Record. 48. № 12. 21. IX. p. 418. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1896. **Birch-Hirschfeld**. см. стр. 49. — 1897. **Homans**. Report of a case of cavernous angioma of the spleen. Boston Mass.; A.S. 54. p. 732 —735. см. L.O.E. VI. p. 1002; Schm. Jb. 1898; Theile, Albrecht, Martin и др. — 1898. **Lubarsch**. Zur Lehre von den Geschwülsten und Infec-

tionskrankheiten. Wiesbaden. см. Theile. — 1901. **Moltrecht**. Primäre Neubildung der Milz. I.D. Halle. см. Böckelmann и др. — 1902. **Sneguireff**. Ein Fall von partieller Resection der Milz unter Anwendung des Wasserdampfes als Blutstillungsmittel. A. Chir. LXV. p. 547—551. — 1902. **Thorel**. Geschwülste der Milz. L.O.E. VII. p. 128. — 1902. **Albrecht. H.** Über das Cavernom der Milz. Z.f.H. 23. p. 97—117 и I.D. München. — 1902. **Borst**. см. стр. 49. — 1903. **Legueu et Le Fort**. Splénectomie pour endothéliome de la rate, guérison maintenue depuis dix mois. Soc. chir. p. 1076. — 1904. **Ombredanne et Martin**. Angiome de la rate. Splénectomie. Guérison. Soc. anat. 22. I. LXXIX. № 1. p. 59. — 1904. **Theile**. Über Angiome und sarkomatöse Angiome der Milz. V.A. 178. p. 296—323. — 1906. **Devic et Tolot**. Un cas d'angiosarcome des méninges de la moelle chez un sujet porteur d'angiomes multiples. R. méd. XXVI. № 3. p. 255—269. — 1906. **Böckelmann**. Über ein Angiom der Milz. I.D. Greifswald. — 1907. **Trappe**. см. стр. 147; II. Hamartoma cavernosum lienis. F.Z. 1 1. p. 113—115. — 1908. **Benckendorff**. Untersuchungen eines Angioms der Milz. V.A. 194. p. 500—515. — 1908. **Strada**. Emangiomi cavernosi multipli della milza. S. 62. Fasc. 3. p. 293—321. см. C. Path. — 1908. **Jores**. Ein Fall von sarkomatösem Angiom der Milz und Leber. C. Path. XIX. № 16. p. 662—667. — 1909. **Никифоровъ**. см. стр. 50. — 1909. **Risel**. Über die grosszellige Splenomegalie (Typus Gaucher) und über das endotheliale Sarkom der Milz. Z. Beitr. 46. p. 241—336. — 1909. **Баранчикъ**. О первичныхъ опухоляхъ селезенки. Извѣстія Военно-Медицинской Академіи. С.П. № 1. (оригиналъ мнѣ не былъ доступенъ). — 1909. **Финкельштейнъ**. Къ хирургіи селезенки. VI глава. О новообразованіяхъ селезенки и въ селезеночныхъ связкахъ. Р.Х.А. XXV. Кн. III. p. 464—479. — 1909. **Martin**. Angiome de la rate. R. gyn. XIII. № 1. p. 67. — 1910. **Golovina-Ammon**. Ein Fall von fibrosarcomatösem Angiom der Milz. I.D. Zürich. — 1910. **Solieri** Ueber Blutcysten der Milz. D Z. Chir. 106. p. 599. — 1912. **Ernst**. см. стр. 181. — 1913. **Никифоровъ**. см. стр. 309. **Duval, Brault, Griffon**. см. Martin (1909). —

ГЛАВА XII.

Гемангіомы дыхательныхъ путей.

Гемангіомы дыхательныхъ путей встрѣчаются рѣдко, при чемъ чаще всего онѣ описываются въ начальныхъ отдѣлахъ дыхательнаго тракта, т. е. въ области слизистой оболочки носа и гортани. Весь относящійся къ настоящей главѣ литературный матеріалъ мною распредѣленъ для удобства изложенія на нѣсколько отдѣловъ, соотвѣтственно ближайшей локализаціи описываемыхъ опухолей.

А. Гемангіомы слизистой носа и носоглотки.

Полипы носа и носоглотки. Ложныя ангіомы. „Кровоточащіе“ полипы носовой перегородки. Ихъ строеніе, номенклатура и мѣсто въ онкологической системѣ. Затрудненія въ отличіи гемангіомъ отъ кровоточащихъ опухолей воспалительнаго происхожденія. Казуистика кровоточащихъ полиповъ носа.

Частота нахожденія гемангіомъ слизистой носа. Казуистика гемангіомъ различныхъ отдѣловъ носа (перегородки, раковинъ и т. д.). Микроскопическое строеніе гемангіомъ носа.

Доброкачественныя опухоли носа и носоглоточнаго пространства встрѣчаются чаще всего въ видѣ такъ называемыхъ „полиповъ“, т. е. образованій, сидящихъ на ножкѣ. Гистологическое строеніе этихъ полиповъ самое разнообразное, при чемъ наиболѣе часто попадаются слизистые полипы (polypi mucosi). Во многихъ случаяхъ носовые полипы представляются очень богатыми сосудами, и тогда возникаетъ сомнѣніе относительно ихъ мѣста въ онкологической системѣ. *Virchow* (1863) первый высказалъ мнѣніе,

что подобные, богатые сосудами, полипы не должны быть причислены къ гемангіомамъ, а должны быть выдѣлены въ особую группу „ложныхъ“ ангіомъ („falsche Angiome, Angiomata spuria“)[1]). *Virchow* относилъ къ „ложнымъ“ ангіомамъ цѣлый рядъ другихъ, также сомнительнаго характера, образованій какъ, напримѣръ, различнаго строенія опухоли (липомы, фибромы, гліомы, раки, саркомы и т. д.), очень богатыя сосудами, полипы мочеиспускательнаго канала, fungus umbilici и т. п. Одни авторы слѣдовали примѣру *Virchow*'а и причисляли опухоли, богатыя сосудами, не къ гемангіомамъ, а къ телеангіэктатическому подвиду опухолей соотвѣтствовавшаго строенія, другіе же создали цѣлый рядъ новыхъ наименованій для такихъ, по ихъ мнѣнію, смѣшанныхъ опухолей (ангіо-фибромы, ангіо-миксомы, ангіо-саркомы и т. д.), полипы же, богатые сосудами, эти авторы называли ангіомами.

Отдѣльное мѣсто среди полиповъ носа занимаетъ особая ихъ разновидность, локализирующаяся преимущественно въ области слизистой перегородки носа и отличающаяся богатствомъ сосудами и обильными повторными кровотеченіями. Послѣдній симптомъ является настолько характернымъ для этихъ образованій, что *Schadewald* (1894) предложилъ называть ихъ „кровоточащими полипами носовой перегородки“ (blutende Septumpolype). Это названіе было принято большинствомъ ринологовъ. Однако, черезъ нѣкоторое время появились указанія на то, что, во-первыхъ, кровоточащія опухоли носа локализируются не исключительно въ области перегородки носа, но встрѣчаются также какъ въ слизистой раковинъ, такъ и въ другихъ отдѣлахъ носа, и что, во-вторыхъ, подъ названіемъ, предложеннымъ *Schadewald*'омъ, описываются опухоли не одинаковаго гистологическаго строенія и различнаго происхожденія. Такъ, напримѣръ, *Schäffen* (1882), *Jurasz* (1891), *Torhorst* (1906) и др. описали кровоточащіе полипы раковинъ носа, а *Renda* (1896), *Citelli* (1901, два случая), *Möller* (1908, второй случай) и др. описали кровоточащіе полипы различныхъ другихъ отдѣловъ носа.

---

[1]) V. p. 461.

Что же касается гистологической классификаціи образованій, описываемыхъ подъ названіемъ „кровоточащіе полипы носовой перегородки“, то въ этомъ отношеніи существуетъ, дѣйствительно, большая путаница. *Glas* (1905), напримѣръ, перечисляетъ слѣдующія названія, употребляемыя различными авторами для этихъ образованій: „Fibroangioma cavernosum, Fibroangioma teleangiektoides, Myxoma teleangiectoides, Fibroma molle cavernosum, Myxangioma, Septumcavernom, erektile Geschwulst, Fibroma pendulum, fibrocartilaginöser, cellulärer, teleangiektatischer Tumor, Angioma cavernosum“ [1]). Добавлю, что *Pegler* (1905) и *Tilley* (1912) называютъ кровоточащія опухоли носа: „discrete angioma“.

Наряду съ разнорѣчіями въ наименованіи описываемыхъ опухолей, происходящими, очевидно, отъ различнаго взгляда на гистологическое строеніе этихъ опухолей, существуютъ и рѣзкія противорѣчія въ вопросѣ объ ихъ этіологіи и ихъ сущности.

Одни авторы (*Casselberg* 1900, *Calamida* 1901, *Schmidt* 1907, *Trautmann* 1908 и др.) описываютъ подъ названіемъ „кровоточащихъ полиповъ носовой перегородки“ кавернозныя гемангіомы слизистой оболочки носа. Другіе же авторы, на основаніи подробнаго гистологическаго изученія многихъ случаевъ кровоточащихъ полиповъ носа, пришли къ выводу, что эти образованія не имѣютъ ничего общаго съ гемангіомами. Такъ, напримѣръ, *Hasslauer* (1906), *Torhorst* (1906), *Pegler* (1906), *Marcano* (1906) и др. указываютъ, что кровоточащіе полипы носа представляютъ собой воспалительнаго характера новообразованія. *Chiari* (1902) въ своемъ учебникѣ пишетъ: „Es handelt sich hier um Granulationsgeschwülste“...., „immer zurückzuführen auf einfache Granulationsbildungen, und zwar an einem Orte der Nase, der Verletzungen häufig ausgesetzt ist“... и „sie zeigen verschiedenen Bau, sind aber immer reichlich mit Blutgefässen versehen“ [2]).

На основаніи изслѣдованій приведенныхъ мною авторовъ нужно считать установленнымъ, что кровоточащіе по-

---

[1]). *Glas.* Blutende Septumpolypen. A.f.L. 1905. XVII. p. 28.

[2]) *Chiari.* Die Krankheiten der oberen Luftwege. I. Die Krankheiten der Nase. 1902. p. 209.

липы слизистой носа представляются различнаго гистологическаго строенія и обычно состоятъ изъ грануляціонной ткани, то болѣе молодой, то болѣе старой, и мѣстами очень богатой новообразованными сосудами. Кромѣ того, иногда открываются сосудистыя полости кавернознаго типа. Упомянутыя образованія въ большинствѣ случаевъ воспалительнаго происхожденія и развиваются какъ послѣ повторныхъ травмъ, такъ и послѣ другихъ измѣненій слизистой носа, напримѣръ, какъ слѣдствіе rhinitis sicca anterior (*Glas* и др.).

Несмотря на рѣзкое отличіе вышеописанныхъ кровоточащихъ полиповъ носа отъ гемангіомъ, многіе авторы, какъ мною уже было упомянуто (стр. 337), употребляютъ безразлично оба наименованія для обозначенія однѣхъ и тѣхъ же опухолей. Вполнѣ возможно, что подъ названіемъ „кровоточащихъ полиповъ носа" описаны и истинныя гемангіомы, т. е. новообразованія, являющіяся несомнѣнно не воспалительнаго происхожденія. Поэтому мною приводится, для полноты настоящаго литературнаго очерка о гемангіомахъ, списокъ авторовъ, которые, насколько мнѣ извѣстно, описали такіе кровоточащіе полипы слизистой оболочки носа.

Эти авторы слѣдующіе: *Schäffer* 1882 (семь случаевъ), *Tsakyroglous* 1887 (два случая), *Jarvis* 1888, *Jurasz* 1891, *Lange* 1892, *Natier* 1893, *Schadewald* 1894, *Alexander* 1894, *Réthi* 1894, *Fränkel* 1894, *Scheier* 1894, *Heymann* 1894, *Freudenthal* 1895, *Lubliner* 1895, *Walliczek* 1897, *Noquet* 1897, *Zwillinger* 1898, *Baumgarten* 1898, *Trenkner* 1899, *Hasslauer* 1900, *Tilley* 1900, *Casselberg* 1900, *Citelli* 1901, *Calamida* 1901, *Wright* 1903, *Spizer* 1903, *Reichert* 1903, *Baurowicz* 1903, *Roth* 1904, *Glas* 1905 (десять случаевъ), *Pegler* 1905 (шестнадцать случаевъ), *Cozzolino* 1906, *Torhorst* 1906 (тринадцать случаевъ), *Trautmann* 1908 (три случая), *Malan* 1910, *Tilley* 1912. Кромѣ того, привожу слѣдующія имена авторовъ, относительно которыхъ мнѣ не удалось выяснить времени опубликованія ихъ работъ: *Bard*, *Bichl*, *Frederiksen*, *Garcia-Tapia*, *Hamilton*, *Hooper*, *Onodi*, *Reichert*, *Ricketts*, *Thompson*.

Съ другой стороны, относительно многихъ опухолей носа, описанныхъ подъ названіемъ „гемангіомъ", можно допустить, что и онѣ представляли собой „кровоточивые полипы". Такъ, напримѣръ, *Pegler*, изслѣдовавшій 16 такихъ

полиповъ и на основаніи микроскопическаго изслѣдованія причислявшій большинство ихъ къ фиброангіомамъ, все же, вслѣдствіе наличности рѣзкихъ воспалительныхъ явленій въ большинствѣ этихъ опухолей, выдѣлилъ ихъ въ особую отъ гемангіомъ группу, подъ названіемъ „discrete angioma".

Гемангіомы слизистой оболочки носа описаны цѣлымъ рядомъ авторовъ. Большинство изслѣдователей (*Glasgow William* 1898, *Chiari*, *Malan* 1910 и др.) причисляетъ эти новообразованія къ рѣдкимъ находкамъ. *Luc* (1890) собралъ изъ литературы данныя о 9 случаяхъ гемангіомъ носа, *Egger* (1897)—о 13. По *Glasgow William*'у, истинныя гемангіомы описаны въ количествѣ только десяти случаевъ. Къ этимъ десяти случаямъ авторъ прибавилъ одинъ собственный. По *Mauclaire и de Bovis*'у, такихъ гемангіомъ въ литературѣ описано двадцать. Упомяну также, что *Schwager* (1893) описалъ 6 кавернозныхъ гемангіомъ съ локализаціей ихъ въ области нижнихъ раковинъ носа.

Гемангіомы съ локализаціей въ области носовой перегородки описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Burkhardt* 1884, *Roë* 1886, *Luc* 1890 (два случая), *Bellows* 1892, *Cobb* 1893, *Sedziak* 1896, *Bond* 1896, *Egger* 1897, *Glasgow William* 1898, *Calamida* 1901 (два случая), *Newcomb* 1901, *Kofler* 1908, *Trautmann* 1908, *Meyer* 1911, *Barnik*, *Chaoné*, *Frederiksen*, *Garcia-Tapia*, *Küntell*, *Park*, *Pearson* и *Strazza* (годъ появленія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ).

Гемангіомы съ локализаціей въ области раковинъ описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Schwager* 1893 (шесть случаевъ), *Schmidt* 1907, *Finder* 1909, *Meyer* 1909, *Glas* 1912, *Caldera* 1912 и *Ducros* (годъ появленія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ).

Наконецъ, гемангіомы съ локализаціей въ слизистой другихъ отдѣловъ внутренней стѣнки носа и въ области носоглотки описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Neumann* 1861, *Broca* 1887, *Martin* 1895, *Bowlby* 1895 (два случая), *Ebstein* 1899 (два случая), *Kayser* 1900 и *Wagner* 1901 (два случая).

Кромѣ того, по *Mauclaire и de Bovis*'у, описали гемангіомы слизистой носа еще слѣдующіе авторы: *Boe*, *Clinton*,

Delavau, Dumesnil, Huguier, Nélaton, Panas, Richet, Seiler, Steinbrugge, Verneuil.

По гистологическому строенію сосудистыя опухоли носа и носоглотки оказались ангіофибромами (случаи *Ebstein*'а, *Bowlby, Newcomb, Trautmann*'а, *Park*'а, *Frederiksen*'а, *Garcia-Tapia, Barnik*'а и др.), кавернозной ангіофибромой (случай *Meyer*'а 1911), кавернозными гемангіомами (случаи *Neumann*'а, *Roë, Schwager*'а, *Sedziak*'а, *Kayser*'а, *Schmidt*'а, *Finder*'а, *Meyer*'а 1909, *Glas*'а и др.) и кистозной гемангіомой (случай *Wagner*'а).

Особый интересъ представляютъ случаи *Roë, Sedziak*'а, *Richet* и *Broca*.

Въ случаѣ перваго автора послѣ удаленія гемангіомы изъ области перегородки носа появился рецидивъ. Рецидивная опухоль оказалась ангіосаркомой и явилась причиной смерти больного. Въ случаѣ *Sedziak*'а у мужчины 34 лѣтъ была удалена кавернозная опухоль слизистой носа, при чемъ нѣкоторыя перегородки между полостями оказались саркоматозно перерожденными. Опухоль, описанная *Richet*, должна быть причислена скорѣе къ ангіосаркомамъ, такъ какъ въ ней были найдены въ большомъ количествѣ круглыя и веретенообразныя соединительнотканныя клѣтки. Наконецъ, въ опухоли, удаленной *Broca*, *Cornil* нашелъ смѣсь ангіоматозной, саркоматозной и миксоматозной ткани.

Такимъ образомъ, на основаніи гистологической картины, опухоли четырехъ приведенныхъ мною авторовъ должны быть исключены изъ числа чистыхъ гемангіомъ.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что истинныя гемангіомы съ локализаціей ихъ въ слизистой носа и носоглотки представляются сравнительно рѣдкими находками и принадлежатъ, повидимому, въ большинствѣ случаевъ, къ кавернозному типу гемангіомъ. Простыя гемангіомы слизистой носа и носоглотки, повидимому, не подвергались микроскопическому изслѣдованію и діагнозъ ставился исключительно на основаніи клинической ихъ картины. Наконецъ, рацемозныя ангіомы слизистой носа и носоглотки, насколько мнѣ извѣстно, до настоящаго времени еще никѣмъ не были описаны.

Заканчивая настоящій отдѣлъ, можно признать, что

бо́льшая часть этихъ опухолей, богатыхъ сосудами и представляющихся въ видѣ полиповъ, развивается на почвѣ воспаленія и должна, поэтому, быть исключена изъ группы гемангіомъ и выдѣлена въ совершенно отдѣльную группу опухолей.

Литература. 1861. **Neumann.** см. стр. 172. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1882. **Schäffer.** D.m.W. см. Torhorst. — 1884/86. **Burkhardt.** Angiome der Nasenscheidewand. Bericht über den Betrieb des Ludwigs-Spitals Charlottenhilfe. Stuttgard. см. Torhorst и др. — 1886. **Roë.** Angioma of the nose. N.Y. med. J. Januar. см. Gérard-Marchand. IV. p. 684; Torhorst; L.O.E. VI. p. 626; Glas и др. — 1887. **Tsakyroglous.** Zwei Fälle von Nasenpolypen (Septumpolyp und Reflexneurose). M.f.Ohr. p. 275. см. Glas, Torhorst и др. — 1887. **Broca.** Soc. anat. см. M.B. p. 149. — 1888. **Jarvis.** Vasculars tumors of the nasal passages and their treatment by crushing with the cald snare, with the history of a successful case. Internat. J. of surg. a. antisept. I. № 1. см. Gérard-Marchand. IV. p. 684; Glas; Torhorst и др. — 1890. **Luc.** Contribution à l'étude des angiomes des fosses nasales. Soc. clinique de Paris; A. lar. № 6. см. Gérard-Marchand. IV. p. 684, M.B. p. 148 и др. — 1891. **Jurasz.** Die Krankheiten der oberen Luftwege. см. Torhorst. — 1892. **Lange.** Ueber einen seltenen Fall von Septumpolypen mit einigen klinischen Bemerkungen über die Polypen der Nasenscheidewand. W.m.Pr. № 52. см. Glas, Möller и др. — 1892. **Bellows.** A case of nasal angioma. J.O.O.L. IV. p. 330—333. см. Torhorst. — 1893. **Natier.** Polypen der Nasenscheidewand. An. de la policlinique de Paris. mai. см. Glas. — 1893. **Cobb.** A case of angioma of the nasal septum. Handbook of the first Panameric. Med. Congress. Washington. p. 1540—1542; Boston med. a. surg. J. № CXXIX. p. 510. см. Glas и др. — 1894. **Schwager.** Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. A. f. L. I'I p. 105—114. см. V.I.B. 28; Torhorst и др. — 1894. **Schadewald.** Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. A. f. L. I. p. 259. см. Glas, Möller, Torhorst, Pegler и др. — 1894. **Scheier.** Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. A. f. L. I. см. Glas, Torhorst и др. — 1894. **Heymann.** Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. A. f. L. I. p. 273. см. Glas, Torhorst и др. — 1894. **Alexander.** Bemerkungen zur Anatomie der blutenden Septumpolypen. A. f. L. I. p. 265. см. Glas и др. — 1894. **Réthi.** Blutender Polyp der Nasenscheidewand. W. m.Pr. № 46. см. Glas. — 1894. **Fränkel.** Berl. lar. G. Juli. см. Glas. — 1895. **Freudenthal.** The so-called bleeding polypus of the nasal septum. A.O.O.L. July. см. Möller. — 1895. **Lubliner.** Medycyna. см. Torhorst. — 1895. **Martin.** Some rhinologic cases of interest. Med. News. 26. I. см. V.I.B. 30. — 1895. **Bowlby.** Two cases of fibro-angioma of the nasopharynx treated by operation; remarks. L. 12. X. см. V.I.B. 30. — 1896. **Sedziak.** Kronika lekarska. № 3. см. V.I.B. 31/II. p. 118 и др. — 1896. **M.B.** см. стр. 49; p. 148—150. — 1896. **Bond.** Angioma septi narium. Lond.

Soc. of laryngol. Nov. см. Glas, Torhorst и др. — 1896. **Noquet**. Un cas de tumeur fibrocartilagineuse, celluleuse et télangiéctasique de la cloison. An.or.lar. mai. см. Torhorst. — 1897. **Walliczek**. Der sogen. blutende Septumpolyp. M. f. Ohr. p. 185. см. Torhorst и др. — 1897. **Egger**. Contribution à l'étude des tumeurs vasculaires de la cloison nasale. Soc. franc. d'otol., laryng. et rhinol. 6. V. и An.or.lar. Juin. XXIII. № 6. p. 579—592. см. Gérard-Marchand. IV. p. 684; Glas, Torhorst и др. — 1898. **Zwillinger**. Blutender Septumpolyp. G. der ungar. Ohren- und Kehlkopfärzte. Мартъ. см. Torhorst. — 1898. **Baumgarten**. Дем. Blutender Septumpolyp. Ibidem. май. см. Torhorst. — 1898. **Gérard Marchant**. Angiomes des fosses nasales. In D. R. IV. p. 684—685. — 1898. **Glasgow William**. Angioma septi. N.Y.med. J. January. см. L.O.E VI. p. 626 и Torhorst. — 1899. **Trenkner**. Beitrag zur Histologie und Aetiologie der blutenden Septumpolypen. I.D. Erlangen. см. Glas, Torhorst и др. — 1899. **Ebstein**. Дем. Wien. laryng. G. 6. IV. Пр. in W.kl.W. № 22. p. 614—615. — 1900. **Hasslauer**. Die Tumoren der Nasenscheidewand mit Ausschluss der bösartigen Neubildungen. A. f. L. X. 1. см. V.I.B. 34 и др. — 1900. **Tilley**. Ein Tumor des Septums. Lond.lar.G. Мартъ. см. Torhorst, Glas и др. — 1900. **Casselberg**. Intranasal angioma: bleeding polypus of the septum. J. amer. med. Assos. 3. II. см. Glas, Torhorst и др. — 1900. **Kayser**. Ein cavernöses Angiom im Nasenrachenraum. 77-er J. B. der schlesischen G. für vaterländ. Cultur. p. 37—38. см. C. Path. — 1901. **Citelli**. Su due casi di polipi sanguinenti non impiantate sul setto. A.ital.d. otol., XII. p. ?7. см. Möller. — 1901. **Calamida**. Sui polipi sanguinenti del setto nasale. A. ital. d'otol. XI. № 4. см. Glas, Möller и др. — 1901. **Онъ-же**. Zwei Fälle von Angiom der Nasenhöhle. Int.C.B. f. Lar. XX. p. 129. см. Torhorst. — 1901. **Wagner**. Angeioma cysticum of the nose. N.J. med. J. march 16. Vol. LXXIII. № 11. p. 458—459. — 1901. **Newcomb**. Angiofibrom der Nase. Laryngoscope. см. Torhorst. — 1902. **Chiari**. Die Krankheiten der oberen Luftwege. I. Die Krankheiten der Nase. — 1903. **Baurowicz**. Ein Beitrag zur Localisation der sogenannten blutenden Polypen der Nase. A.f.L. XIII. 3. p. 451. см. Pegler и др. — 1903. **Reichert**. Zur Kasuistik der sogen. blutenden Septumpolypen. A.f.L. XIII. p. 296. см. Torhorst. — 1903. **Wright**. A rapidly recurring bleeding polyp of the septum nasi. Amer. J. of med. science. June. см. Torhorst и др. — 1903. **Spizer**. Demonstration eines blutenden Septumpolypen. M.f. Ohr. см. Torhorst. — 1904. **Roth**. Ueber einen Fall von blutendem Septumtumor. A.f.L. XVI. p. 525. см. Torhorst. — 1905. **Glas**. Zur Histologie und Genese der sogenannten „blutenden Septumpolypen". A.f.L. XVII. p. 22—48. — 1905. **Pegler**. The pathology, affinities, and treatment of so-called bleeding polypus (discrete angioma) of the septum. L. 18. XI. p. 1455—1464 и 25. XI. p. 1537—1542. — 1906. **Cozzolino**. Contributo allo studio dei tumori da granulazione della pars anterior septi nasi detti „Polipi emorragici". Pratica oto-rino-laringoiatr. Agosto. см. Möller. — 1906. **Torhorst**. Ueber die sogenannten „blutenden Polypen" der Nasenschleimhaut. A.f.L. XVIII. p. 268—284. — 1906. **Marcano**. Recherches sur l'histologie pathol. des polypes muqueux du cornet moyen des fosses nasales. A. méd. № 4. p. 495. — 1907. **Schmidt**. Ein blutender Polyp

der unteren Muschel (Angioma cavernosum). A.f.L. XIX. p. 515. — 1908. **Kofler**. Angiom der Nasenscheidewand. Дем. Laryng. G. Wien. 8.1. Пр. in W.m.W. № 9. p. 469—470. — 1908. **Möller**. Ueber die blutenden Polypen der Nasenscheidewand. A.f.L. XX. p. 25—30. — 1908. **Trautmann**. Blutende Septumpolypen. A.f.L. XX. p. 483—486. — 1909. **Finder**. Fall v. Angiokavernom der Nase. Дем. Laryngol. G. Berlin. 19. XI. Пр. in B.kl.W. 1910. p. 77. — 1909. **Meyer**. Пренія. Ibidem. — 1910. **Malan**. Contributo allo studio dei cosidetti polipi sanguinanti della mucosa nasale. A. ital. di otol. rinol. e lar. XXI. № 4. p. 291. см. C. Chir. 1911. XVI. p. 657—658. — 1911. **Meyer**. Angiofibroma cavernosum penetrans der Nasenscheidewand. A. f. Ohr. 86. p. 137—140. — 1912. **Tilley**. Specimen from a case of discrete angioma of nose. Proc. R. Soc. of med. Vol. 5. № 5. Laryngol. Sect. p. 73—76. см. C. Path. № 13. — 1912. **Caldera**. A proposito di una rara localizzazione degli emangiomi endonasali. A. ital. di otol. rinol. e lar. XXII. 6. см. Haenlein. — 1912. **Haenlein**. Neuere rhinologische Literatur. M. Kl. № 19. p. 791. — 1912. **Glas**. Дем. Wien. lar. u. rhinol. G. 7. II. Пр. см. M. Kl. № 24. p. 1007. — Кромѣ того, остался для меня неизвѣстнымъ годъ публикацiи работъ слѣдующихъ авторовъ, цитированныхъ Torhorst'омъ, Glas'омъ и др.: **Bard**. — **Barnik**. Angiofibroma septi nasi. A. f. Ohr. 45. — **Biehl** Zur Pathologie der blutenden Septumpolypen. M. f. Ohr. XXIX. p. 185. — **Chaoné**. 2 Angiome des Septums. Int. C.B. Lar. XX. p. 129. — **Ducros**. Tumor (Angiom) der unteren Muschel. Int. C.B. Lar. XX. p. 129. — **Frederiksen**. Дем. Fibroangiom der Nasenscheidowand. Int. C.B. Lar. XVIII. p. 266. — **Онъ же**. Zwei blutende Septumpolypen. Ibidem. — **Garcia-Tapia**. Fibroangiom der Nasenscheidewand. Int. C.B. Lar. XXI. p. 475. — **Онъ же**. Blutender Polyp der Nasenscheidewand. Ibidem. — **Hamilton**. Blutender Tumor der Nasenscheidewand. Int. C.B. Lar. XIII. p. 459. — **Hooper**. Tumoren der Nasenscheidewand. Int. C.B. Lar. VII. p. 244. — **Küntell**. Angiom der Nasenscheidewand. Int. C.B. Lar. XX. p. 130. — **Kuttner**. 3 Tumoren der Nasenscheidewand. Int. C.B. Lar. XII. p. 138. — **Onodi**. см. Glas. — **Park**. Angiofibrom der Nase. Int. C.B. Lar. X. p. 10. — **Pearson**. Angiom der Nase. Int. C.B. Lar. XVIII. p. 313. — **Ricketts**. Ein Fall von einem Gefässtumor der vorderen Nase. Int. C.B. Lar. VIII. p. 281. — **Strazza**. Beitrag zur Kasuistik der Nasenscheidewandgeschwülste. Int. C.B. Lar. XI. p. 891. — **Thompson**. Zwei Fälle von blutendem Septumpolyp. Int. C.B. Lar. XXI. p. 36. — Наконецъ, **Verneuil**, **Clinton**, **Steinbrugge**, **Seiler**, **Richet**, **Nélaton**, **Huguier**, **Panas**, **Guyon**, **Dumesnil**, **Delavau**, **Boe**, см. M.B. p. 149. —

В. Гемангіомы гортани.

Частота нахожденія доброкачественныхъ опухолей и въ частности гемангіомъ гортани. Казуистика послѣднихъ: гемангіомы голосовыхъ связокъ, надгортанника и другихъ частей гортани. Множественныя гемангіомы. Распредѣленіе случаевъ гемангіомъ гортани по полу и возрасту больныхъ и соотвѣтственно сторонѣ пораженія гортани. Макро- и микроскопическая картина гемангіомъ гортани. Ихъ этіологія.

Доброкачественныя опухоли гортани не принадлежатъ къ особенно рѣдкимъ находкамъ. Первый случай подобной опухоли описалъ *Lieutaud* (1767). Особенно часто доброкачественныя опухоли гортани стали обнаруживаться послѣ введенія *Türck*'омъ (1858) и *Czermak*'омъ (1859) ларингоскопіи, такъ что *Semon* (1889) для своей работы объ опухоляхъ гортани располагалъ свѣдѣніями уже о 10747 такихъ опухолей. По мнѣнію многихъ изслѣдователей (*Fauvel* 1876, *Schmidt* 1894, *Chiari* 1905, *Horn и Möller* 1908 и др.), доброкачественныя опухоли гортани составляютъ немного болѣе $1^0/_0$ всѣхъ заболѣваній этого органа.

Среди доброкачественныхъ опухолей гортани *гемангіомы* встрѣчаются, по мнѣнію авторовъ (*Percy Kidd* 1888, *Jurasz* 1898, *Chiari* 1905, *White* 1908 и др.), далеко не часто. По *Harmer*'у (1902) онѣ составляютъ менѣе $1^0/_0$ всѣхъ доброкачественныхъ опухолей гортани.

Massei (1885) среди 200 случаевъ, а *Nesse* (1904) среди 30 случаевъ доброкачественныхъ новообразованій гортани не встрѣтили гемангіомъ гортани. *Schrötter* (1892) и *Schmidt* (1894), располагавшіе очень большимъ матеріаломъ, наблюдали лишь по одной сосудистой опухоли гортани. *Fauvel* (1876) среди 300 случаевъ доброкачественныхъ опухолей гортани нашелъ двѣ гемангіомы, *Mackenzie* (1880) — среди 100 опухолей тоже двѣ, а *Jurasz* (1891), изслѣдовавшій 192 опухоли гортани, отмѣтилъ три гемангіомы. Добавлю, что *Jurasz* наблюдалъ эти три опухоли только клинически и что этотъ діагнозъ не былъ провѣренъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ опухолей.

Въ виду такого, повидимому, рѣдкаго нахожденія сосудистыхъ опухолей въ области гортани, появился рядъ работъ, спеціально посвященныхъ этимъ образованіямъ. Такъ,

напримѣръ, *Glasgow* (1889) могъ собрать изъ литературы данныя всего лишь о семи гемангіомахъ гортани. *Mauclaire u de Bovis* (1896), считавшіе, что гемангіомы гортани очень рѣдки („d'une extrême rareté") [1]) упоминаютъ только о девяти случаяхъ, изъ которыхъ одинъ (второй случай *Mackenzie*) является, по ихъ мнѣнію, сомнительнымъ. Между тѣмъ, *Максимовъ* (1895), въ работѣ, появившейся одновременно съ только что приведенной работой французскихъ авторовъ, говоритъ о 12 авторахъ, описавшихъ 19 гемангіомъ гортани, и приводитъ собственный случай такой опухоли. Двѣнадцать гемангіомъ изъ числа приведенныхъ въ работѣ *Максимова* локализировались въ области голосовыхъ связокъ и были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію. Въ послѣднее время *Horn u Möller* (1908) указали, что въ литературѣ имѣются описанія 35 гемангіомъ гортани, тогда какъ *White* (1908) насчитываетъ ихъ не болѣе 33. Отмѣчу, наконецъ, что, по *Seifert*'у (1900), изъ 54 изслѣдованныхъ имъ доброкачественныхъ опухолей гортани восемь оказались фиброангіомами.

Изъ приведенныхъ статистическихъ данныхъ видно, что гемангіомы съ локализаціей въ гортани встрѣчаются хотя и не особенно часто, но не принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Въ нижеслѣдующемъ я перечислю авторовъ, которые, насколько мнѣ извѣстно, наблюдали и описали гемангіомы гортани. Эти авторы слѣдующіе: *Fournié* 1868 (два случая), *Mackenzie* 1871 и 1880, *Fauvel* 1876 (два случая), *Heinze* 1880, *Elsberg* 1884 (два случая), *Keimer* 1887, *Ferreri* 1888 (два случая) [2]), *Percy Kidd* 1888, *Desvernine* 1888, *Norris Wolfenden* 1888, *Glasgow* 1888, *Glasgow u Bremer* 1889 (описали ту же опухоль, что и *Glasgow* въ 1888 г.), *Bean* 1890 (два случая), *Tauber* 1890, *Loomis* 1890, *Browne* 1891, *Stamm* 1891, *Jurasz* 1891 (три случая), *Seifert* 1892, *Schrötter* 1892, *Krieg* 1892, *Dundas Grand* 1893, *Moure* 1893, *Voigt* 1893, *Schmidt* 1894, *Максимовъ* 1895, *Chiari* 1896, *Magnon* 1896, *Grünwald* 1897,

---

[1]) *M. B.* p. 186.

[2]) Одинъ изъ случаевъ *Ferreri* былъ, по *Hirsch*'у, телеангіэктатической миксофибромой.

Winckler 1897, *Mittmann* 1897. *Pantaloni* 1897, *Bond*[1]) 1898, *Hamilton* 1898, *Goris* 1899, *Ullmann* 1899, *Trask* 1900, *Seifert* 1900 (восемь случаевъ фиброангіомъ), *Brady* 1901, *Harmer* 1902 (два случая), *Meyer* 1904, *Briazzi* 1904, *Symonds* 1905, *St. Clair Thomson* 1905, *Chiari* 1905, *Hirsch* 1907 и 1908, *Malzew* 1907, *Dünges* 1907, *Horn и Möller* 1908, *White* 1908, *Johnson* (годъ опубликованія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ).

Кромѣ того описали, по *Horn*'у и *Möller*'у, гемангіомы гортани *Chiari* (1896) и *Imhofer* (1905). Однако оба послѣдніе автора, насколько мнѣ извѣстно, описали лишь расширенія венъ въ области голосовыхъ связокъ.

Большинство авторовъ наблюдало сосудистыя опухоли въ области *истинныхъ голосовыхъ связокъ*, при чемъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Такія гемангіомы наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Mackenzie*, *Fauvel* (два случая), *Elsberg* (два случая), *Percy Kidd*, *Norris Wolfenden* (одна изъ двухъ гемангіомъ)[2]), *Glasgow* и *Glasgow и Bremer*, *Bean* (два случая), *Stamm*, *Максимовъ*, *Seifert* (семь случаевъ), *Harmer* (одинъ случай), *Meyer* и *Horn и Möller*.

Mackenzie описалъ два случая гемангіомъ гортани. Въ одномъ изъ нихъ опухоль сидѣла въ правой грушевидной ямкѣ, въ другомъ она находилась въ области правой истинной голосовой связки. По *White*, діагнозъ *Mackenzie* былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Fauvel сообщилъ о двухъ случаяхъ. Въ одномъ изъ нихъ у мужчины 53 лѣтъ была удалена опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ, сидѣвшая на широкомъ основаніи въ передней части гортанной щели, ближе къ правой истинной голосовой связкѣ. Во второмъ случаѣ у больного 37 лѣтъ была удалена опухоль, величиной съ горошину, сидѣвшая на ножкѣ въ области передняго конца лѣвой истинной голосовой связки. Въ обоихъ случаяхъ *Fauvel*'я опухоли оказались при микроскопическомъ изслѣдованіи гемангіомами (*Максимовъ*, *Hirsch* и др.).

Elsberg также наблюдалъ два случая гемангіомъ гортани. Въ первомъ случаѣ у мужчины 37 лѣтъ была удалена опухоль, величиной съ горошину, сидѣвшая на ножкѣ въ области правой истинной голосовой связки. Во второмъ случаѣ у мужчины 28 лѣтъ опухоль была груше-

[1]) *Bond* сообщаетъ о кровотеченіи изъ опухоли, описанной *Norris Wolfenden*'омъ.

[2]) Вторая опухоль сидѣла на *ложной* голосовой связкѣ.

видной формы и сидѣла на правой голосовой связкѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи обѣ опухоли оказались гемангіомами.

Percy Kidd изслѣдовалъ у женщины 50 лѣтъ небольшую темно-красную опухоль, состоявшую изъ двухъ бугристыхъ частей и прикрѣпленную при посредствѣ ножки къ передней поверхности лѣвой истинной голосовой связки. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась типичной кавернозной гемангіомой. Нѣкоторыя полости ея были выполнены свѣжими и организованными тромбами.

Norris Wolfenden наблюдалъ у мужчины 40 лѣтъ двѣ опухоли гортани, изъ которыхъ одна сидѣла на лѣвой истинной голосовой связкѣ, а другая на правой ложной голосовой связкѣ, при чемъ изъ одной изъ этихъ опухолей наблюдалось сильное кровотеченіе (*Bond* 1898). При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоли оказались гемангіомами (*Hirsch*).

Glasgow удалилъ у мужчины 50 лѣтъ дольчатую опухоль, величиной съ большую горошину и сидѣвшую на широкомъ основаніи въ области лѣвой истинной голосовой связки. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Bremer*) опухоль оказалась кавернозной гемангіомой, находившейся въ періодѣ роста. Опухоль состояла изъ волокнистой соединительной ткани, въ которой были заложены многочисленныя круглой формы полости, выстланныя эндотеліемъ. Въ полостяхъ открывалась особаго рода сѣть изъ большихъ звѣздчатыхъ клѣтокъ, которыя соединялись своими отростками какъ между собой, такъ и со стѣнками полостей. По мнѣнію *Bremer*'а, звѣздчатыя клѣтки представляли собой фибробласты, находившіеся въ стадіи образованія соединительной ткани. По *Bremer*'у, промежуточные участки между звѣздчатыми клѣтками вступаютъ въ сообщеніе съ кровеносными сосудами и превращаются въ новыя кавернозныя полости.

Отмѣчу, что описанный *Bremer*'омъ способъ новообразованія кавернозныхъ полостей въ гемангіомахъ имѣетъ нѣкоторое сходство съ процессомъ разрастанія перегородокъ, описаннымъ *Riethus*'омъ и *Nowak*'омъ въ кавернозныхъ гемангіомахъ произвольныхъ мышцъ (стр. 218).

Bean изслѣдовалъ гемангіомы гортани въ двухъ случаяхъ. Въ обоихъ опухоль сидѣла на ножкѣ въ области правой истинной голосовой связки и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась сосудистой (*Максимовъ*).

Stamm изслѣдовалъ у 4-мѣсячной дѣвочки множественныя гемангіомы различныхъ органовъ тѣла. Въ гортани оказались пораженными обѣ истинныя голосовыя связки. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ голосовыхъ связокъ, были обнаружены среди мышцъ значительныя скопленія капилляровъ, расширенные кровеносные сосуды бо́льшаго калибра и участки кровоизліяній. Ангіоматозные участки въ другихъ органахъ представляли такое же строеніе. *Stamm* назвалъ опухоли въ этомъ случаѣ „angiomata simplicia“ и указалъ на ихъ врожденное происхожденіе.

Максимовъ подробно изслѣдовалъ полипозную чернаго цвѣта опухоль, сидѣвшую на широкой ножкѣ въ переднемъ отдѣлѣ правой истинной голосовой связки и случайно обнаруженную при вскрытіи мужчины 53 лѣтъ. Опухоль была величиной съ горошину и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась типичной кавернозной гемангіомой. Она состояла изъ 2-3 большихъ и нѣсколькихъ меньшей величины полостей, наполненныхъ кровью, выстланныхъ эндотеліемъ и раздѣленныхъ другъ отъ друга различной толщины перегородками изъ плотной волокнистой соединительной ткани.

Seifert наблюдалъ въ голосовыхъ связкахъ фиброангіомы. Къ сожалѣнію, работа *Seifert*'а въ оригиналѣ мнѣ не была доступна.

Harmer описалъ у мужчины 40 лѣтъ опухоль, величиною съ вишню, находившуюся на поверхности лѣвой истинной голосовой связки. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленная опухоль оказалась кавернозной гемангіомой, соединительнотканныя перегородки которой оказались гіалиново перерожденными.

Meyer удалилъ у 13-лѣтняго мальчика опухоль, сидѣвшую въ области processus vocalis dexter и закупорившую просвѣтъ гортани. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась кавернозной гемангіомой.

Horn и Möller описали у мужчины 44 лѣтъ небольшую круглую краснаго цвѣта опухоль, сидѣвшую при помощи длинной тонкой ножки на лѣвой истинной голосовой связкѣ. Больной умеръ отъ туберкулеза легкихъ. На лѣвой голосовой связкѣ были также туберкулезныя язвы. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась типичной кавернозной гемангіомой. Кавернозныя полости имѣли неправильную форму и были выстланы эндотеліемъ. Содержимое полостей составляли кровь и фибринные тромбы. Перегородки между полостями представлялись тонкими и состояли изъ волокнистой соединительной ткани.

Кромѣ того, произвели микроскопическое изслѣдованіе гемангіомъ голосовыхъ связокъ *Grünwald* (одинъ случай) и *Pantaloni* (одинъ случай). Въ доступныхъ для меня рефератахъ работъ этихъ авторовъ отсутствуетъ болѣе подробное описаніе этихъ опухолей.

Въ *ложныхъ голосовыхъ связкахъ* гемангіомы наблюдаются значительно рѣже, чѣмъ въ истинныхъ (*Hirsch*, *Norris Wolfenden* и др.). Микроскопическое изслѣдованіе такихъ опухолей было произведено, по *Максимову*, въ случаѣ *Norris Wolfenden*'а (см. стр. 347).

Гемангіомы въ области *надгортанника* описали, насколько мнѣ извѣстно, *Desvernine*, *Tauber*, *Winckler* и *Voigt*.

Desvernine наблюдалъ у 53-лѣтняго мужчины большую (2 cm.$\times$ 1 cm.), бугристую, овальной формы опухоль, сидѣвшую на ножкѣ въ

области нижней поверхности надгортаннаго хряща, нѣсколько влѣво отъ средней линіи. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоль оказалась ангіомой, окруженной фиброзной капсулой.

Winckler удалилъ у 25-лѣтняго мужчины опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, сидѣвшую на надгортанникѣ. Подъ микроскопомъ было найдено „ангіофиброматозное новообразованіе".

Работа *Tauber*'а мнѣ была недоступна.

Voigt описалъ множественныя гемангіомы, въ томъ числѣ и надгортанника. Оригинальная работа *Voigt*'а мнѣ, къ сожалѣнію, была недоступна.

Наконецъ, гемангіомы наблюдались и въ другихъ областяхъ гортани, напримѣръ, въ области *ventriculus Morgagni* (*Heinze*, *Loomis*, *Goris*), въ *plica aryepiglottica* (*Loomis*. *Harmer*. *Chiari*), въ *plica interarytaenoidea* (*Seifert*, *White*) и въ области *aditus ad laryngem* (*Ullmann*).

Свѣдѣнія о произведенномъ микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей названныхъ областей гортани имѣются у меня только относительно случаевъ *Heinze*, *Loomis*'а, *Seifert*'а *Ullmann*'а (см. стр. 176) и *White*.

Heinze удалилъ у мужчины 38 лѣтъ опухоль, располагавшуюся въ передней части праваго Морганіева желудочка. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась ангіомой (какой, авторомъ не указано).

Loomis наблюдалъ больного съ множественными врожденными сосудистыми опухолями. Одна изъ опухолей (кожная) простиралась отъ глазницы до ключицы, другая располагалась на поверхности языка, третья на лѣвой сторонѣ глотки. Кромѣ того, при вскрытіи были найдены двѣ гемангіомы гортани, изъ которыхъ одна, величиной съ большую горошину, находилась въ ventriculus Morgagni sin., а другая, величиной съ вишню, въ plica aryepiglottica sin. При микроскопическомъ изслѣдованіи всѣ опухоли оказались кавернозными гемангіомами.

Seifert наблюдалъ, какъ мною уже упомянуто (стр. 345), восемь фиброангіомъ гортани, изъ которыхъ одна локализировалась въ области plica interarytaenoidea.

Наконецъ, *White* описалъ опухоль, діаметромъ около 1 cm., удаленную у мужчины 25 лѣтъ изъ области plica interarytaenoidea. Опухоль занимала также нижнюю поверхность правой ложной голосовой связки и заполняла ventriculus Morgagni dext. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Stoerk*) оказалось, что опухоль состояла изъ рыхлой, мѣстами отечной соединительной ткани, въ которой были заложены многочисленные венозные сосуды и широкія, наполненныя кровью, полости. Изслѣдованную опухоль можно, по *White*, съ одинаковымъ правомъ причислить и къ гемангіомамъ (angioma venosum), и къ образованіямъ, развивающимся на почвѣ воспаленія.

Гемангіомы гортани встрѣчаются чаще въ видѣ одиноч-

ныхъ и очень рѣдко въ видѣ множественныхъ опухолей. Множественныя гемангіомы гортани наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Norris Wolfenden* (стр. 347), *Loomis* (стр. 349), *Seifert* (двѣ ангіофибромы, расположенныя симметрично въ обѣихъ истинныхъ голосовыхъ связкахъ), *Düngs* (двѣ ангіомы, расположенныя симметрично въ двухъ голосовыхъ связкахъ) и *Hirsch* (двѣ ангіомы, изъ которыхъ одна въ правой ложной голосовой связкѣ, другая въ лѣвой). Отмѣчу, что въ случаяхъ обоихъ послѣднихъ авторовъ діагнозъ былъ поставленъ только на основаніи клиническихъ данныхъ.

Почти всѣ гемангіомы гортани наблюдались у взрослыхъ; только *Stamm*, *Goris* и *Brady* наблюдали такія опухоли у дѣтей моложе 10 лѣтъ. Болѣе часто эти образованія были найдены у мужчинъ (*Chiari*, *Seifert* и др.). Такъ, напримѣръ, среди 21 случая, въ которыхъ полъ больныхъ былъ указанъ, въ 16 опухоли были найдены у мужчинъ и только въ 5 — у женщинъ. Въ нижеслѣдующей таблицѣ XXV, мною приведены свѣдѣнія о возрастѣ и полѣ 16 больныхъ, у которыхъ были найдены опухоли гортани, оказавшіяся при микроскопическомъ изслѣдованіи гемангіомами.

Таблица XXV.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ						Всего
	До 1 года	Отъ 10 до 19 л.	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	
мужч.	—	1	3	4	3	3	14
женщ.	1	—	—	—	—	1	2
Итого .	1	1	3	4	3	4	16

Изъ цыфровыхъ данныхъ этой таблицы (XXV) также видно, что гемангіомы гортани дѣйствительно чаще описа-

ны у взрослыхъ, при чемъ значительно чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ.

Сторона пораженія гортани, повидимому, не имѣетъ никакого значенія. Въ 14 случаяхъ (изъ приведенныхъ мною) гемангіомы были найдены справа, въ 10 — слѣва; въ случаяхъ же *Norris Wolfenden*'а, *Seifert*'а (въ одномъ случаѣ) и *Stamm*'а пораженными оказались обѣ стороны гортани[1]); наконецъ, въ другомъ случаѣ *Seifert*'а гемангіома располагалась въ области средней линіи, въ plica interarytaenoidea.

Гемангіомы гортани въ большинствѣ случаевъ представляются въ видѣ небольшихъ опухолей, величиною отъ чечевицы или горошины до вишни, часто сидящихъ на ножкѣ. *Faurel* наблюдалъ опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ. Эти опухоли темнаго, сине-чернаго цвѣта и имѣютъ то гладкую, то неровную поверхность. *Heinze* и *Glasgow* наблюдали дольчатыя опухоли, при чемъ *Heinze* сперва даже думалъ, что онъ имѣетъ дѣло съ двумя опухолями.

Что касается *микроскопическаго* строенія гемангіомъ гортани, то большинство ихъ представляетъ собой кавернозныя опухоли обычнаго строенія (*Kidd*, *Glasgow*, *Максимовъ*, *Loomis*, *Harmer*, *Meyer*, *Massei-Vitto*, *Horn и Möller* и др.): подъ микроскопомъ видны различной величины кавернозныя полости, выстланныя эндотеліемъ, наполненныя кровью и раздѣленныя другъ отъ друга перегородками изъ волокнистой соединительной ткани. Капсулы по окружности этихъ опухолей, повидимому, не наблюдалось. Относительно роста кавернозныхъ гемангіомъ гортани имѣются только указанія *Glasgow*'а и *Bremer*'а, отмѣтившихъ, что описанная ими опухоль находилась въ состояніи роста (стр. 347).

Ангіофибромы гортани описали *Seifert* и *Winckler* (въ области надгортанника). Къ сожалѣнію, подробности микроскопическаго изслѣдованія этихъ опухолей остались для меня неизвѣстными.

Простыя гемангіомы гортани наблюдались лишь рѣдко (*Jurasz*, *Chiari*, *Harmer* и др.) и обычно, повидимому,

---

[1]) Двухстороннее пораженіе гортани отмѣчено также *Dünges*'омъ и *Hirsch*'емъ, представившими, къ сожалѣнію, только клиническое описаніе своихъ случаевъ.

не подвергались гистологическому изслѣдованію. По крайней мѣрѣ мнѣ въ доступной для меня литературѣ удалось встрѣтить описаніе только одного такого случая *Stamm*'а.

Наконецъ, существуютъ такъ называемыя варикозныя формы сосудистыхъ опухолей, въ родѣ описанныхъ *Schrötter*'омъ, *Chiari* (1896), *Imhofer*'омъ и др., которыя, однако, по мнѣнію большинства авторовъ (*Jurasz*, *Chiari*, *Kaufmann* 1907 и др.), должны быть выдѣлены изъ числа гемангіомъ sensu stricto.

Отмѣчу, что принадлежность и всѣхъ остальныхъ сосудистыхъ опухолей гортани къ гемангіомамъ также является еще спорной. Такъ, напримѣръ, многіе авторы (*Mauclaire и de Bovis*, *Максимовъ*, *Harmer* и др.) высказались противъ врожденнаго происхожденія гемангіомъ гортани, указывая между прочимъ на то, что эти образованія встрѣчаются по преимуществу у взрослыхъ. „Leur nature congénitale", пишутъ *Mauclaire и de Bovis*, „est donc douteuse" [1]). *Максимовъ* ставитъ образованіе гемангіомъ въ связь съ воспалительными явленіями въ гортани и возбуждаетъ вопросъ „не способствуетъ ли катарръ верхнихъ дыхательныхъ путей развитію пещеристыхъ сосудистыхъ опухолей"? [2]). Наконецъ, *White*, какъ мною уже упомянуто (стр. 349), не могъ придти къ окончательному выводу относительно сущности изслѣдованной имъ и *Stoerk*'омъ опухоли.

Такъ какъ гемангіомы sensu stricto являются, по мнѣнію большинства авторовъ (*Wardrop* 1818, *Ribbert* 1904 и 1908, *Mauclaire и de Bovis* и др.) по преимуществу врожденными образованіями и во всякомъ случаѣ по своему происхожденію не связаны съ воспалительными явленіями, то, на основаніи мнѣній ранѣе приведенныхъ авторовъ, ангіомы гортани должны бы быть исключены изъ этого класса патологическихъ образованій.

Однако, противъ подобнаго взгляда можно представить рядъ возраженій. Прежде всего извѣстно, что врожденныя образованія не всегда даютъ о себѣ знать въ раннемъ дѣт-

---

[1]) *M. B.* p. 187.

[2]) *Максимовъ*. Къ вопросу объ ангіомахъ гортани. В. 1895. № 23, p. 643.

ствѣ. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ *Loomis*'а существовали несомнѣнно врожденныя кавернозныя гемангіомы лица и шеи, языка и слизистой глотки, тогда какъ гемангіомы гортани, представлявшіяся подъ микроскопомъ такого же строенія, какъ и остальныя гемангіомы этого случая, оказались случайной находкой при вскрытіи. На основаніи сказаннаго съ большою вѣроятностью можно допустить, что гемангіомы гортани этого случая также были врожденныя опухоли. Далѣе напомню, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ (*Stamm*, *Goris*, *Brady*) гемангіомы гортани были найдены у дѣтей, у которыхъ врожденное существованіе опухолей, конечно, болѣе вѣроятно, чѣмъ у взрослыхъ. Кромѣ того, укажу, что гемангіомы и другихъ областей тѣла (гемангіомы костей, мышцъ, печени и т. д.), являющіяся, по мнѣнію большинства изслѣдователей, врожденнаго происхожденія, или остаются при жизни больныхъ совершенно незамѣченными, или же даютъ о себѣ знать только въ пожиломъ возрастѣ.

Наконецъ, отмѣчу, что, въ отличіе отъ „кровоточащихъ полиповъ носа" (стр. 337), въ описаніяхъ гемангіомъ гортани отсутствуютъ указанія на наличность воспалительныхъ измѣненій въ самихъ опухоляхъ, а потому появленіе ихъ на почвѣ воспаленія должно считаться сомнительнымъ.

На основаніи всего сказаннаго мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ предположеніе, что большинство гемангіомъ гортани врожденнаго происхожденія и должно быть причислено къ гемангіомамъ sensu stricto.

Литература. 1767. **Lieutaud.** Hist. anat. med. lib. IV. Paris. см. Jurasz 1898, Chiari 1905 и др. — 1818. **Wardrop.** см. стр. 9. — 1858. **Türck.** см. Jurasz, Chiari. — 1859. **Czermak.** см. ibidem. — 1868. **Fournié.** G.d.H. № 56. см. Максимовъ. — 1871. **Mackenzie.** Essay on growths in the larynx. London. см. Максимовъ. — **Онъ же.** Diseases of the throat and nose. цит. по нѣм. перев. 1880 г. см. Jurasz, Максимовъ, M. B., White и др. — 1876. **Fauvel.** Traité pratique des maladies du larynx. Paris. см. Jurasz, Horn, Максимовъ и др. — 1880. **Heinze.** On angioma of the larynx. A. of L. I. № 2. p. 135. см. Jurasz, Максимовъ и др. — 1884. **Elsberg.** On angioma of the larynx. A. of med. N.J. february. см. Ziegler. II., Максимовъ и др. — 1885. **Massei.** Sugli neoplasmi laryngis. A. ital. di lar. p. 49. см. V.I.B. 40. — 1887. **Keimer.** D.m.W. p. 728. см. D.R. V. p. 203. 1888. — **Ferreri.** Consid. sui tumori sanguigni del laringe. S. p. 593. см. V.I.B. 23, Jurasz

и др. — 1888. **Percy Kidd.** A case of angioma of the larynx. Br.m.J. 17. III. p. 584—585. — 1888. **Desvernine.** Angioma of the epiglottis. Revista de Ciencias Medicas. см. Br.m.J. 21. I. p. 150. — 1888. **Norris Wolfenden.** On angiomata of the larynx. J. of laryng. см. Jurasz, Максимовъ, Hirsch и др. — 1888. **Glasgow.** Cavernous angioma of the larynx; removal. T. of the amer. lar. Ass. X. N.J. 1889. p. 146—150. см. V.I.B. — 1889. **Glasgow and Bremer.** Amer. J. of med. scienc. april. p. 360. см. Максимовъ и др. — 1889. **Semon.** Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige etc. Int. C.B. Lar. V и VI. см. Jurasz. p. 398, 946 и др.; Chiari. 1905. p. 328 и др. — 1890. **Bean.** Northwestern L. 1. III. см. Максимовъ. — 1890. **Tauber.** Angioma epiglottidis. J. of lar. см. Jurasz. — 1890. **Loomis.** Angeioma of the larynx. N.Y. med. Rec.; Proceed. of the N.Y. pathol. Soc. 1891. p. 30. см. Максимовъ, Свѣчниковъ и др. — 1891. **Browne.** J. of lar. July. см. B. № 35. — 1891. **Jurasz.** Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg. см. Jurasz. 1898. — 1892. **Seifert.** In Gebb. Ueber gutartige Neubildungen des Kehlkopfes. I.D. Würzburg. см. Jurasz. — 1891. **Stamm.** см. стр. 64. — 1892. **Schrötter.** Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien u. Leipzig. см. Jurasz. — 1892. **Krieg.** Atlas der Kehlkopfkrankheiten. см. Hirsch. — 1893. **Voigt.** см. стр. 64. — 1893. **Dundas Grant.** London lar. Soc. 12. IV. см. Максимовъ. — 1893. **Moure.** Soc. franç. d'otologie et de laryngol. mai. см. M. B. p. 186. — 1894. **Schmidt.** Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin. см. Jurasz. — 1895. **Максимовъ.** Къ вопросу объ ангіомахъ гортани. B. № 23. p. 640—643. — 1896. **Chiari.** Über Angiome der Stimmbänder. A.f.L. V. p. 100. см. V.I.B. 31; L.O.E. VI. p. 644, Horn и Möller и др. — 1896. **Magnan.** J. de méd. de Bordeaux. см. White. — 1896. **M. B.** см. стр. 49. — 1897. **Grünwald.** Atlas der Kehlkopfkrankheiten. см. Möller. — 1897. **Winckler.** Ueber eine seltene Kehldeckelgeschwulst und die durch sie verursachten Störungen. D.m.W. № 64. см. V.I.B. 32. — 1897. **Mittmann.** Ueber Gefässgeschw. des Kehlkopfes. I.D. Würzburg. см. C. Path. — 1897. **Pantaloni.** 3 cas de chirurgie du larynx. A. prov. septembre. см. Horn и Möller, White и др.
1898. **Jurasz.** Die Neubildungen des Kehlkopfes. In Heymann. Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie. I. 2. p. 795—951. — 1898. **Bond.** Grosses Angiom des Kehlkopfes. Lar. soc. London. см. Horn и Möller. — 1899. **Hamilton.** Two cases of laryngeal growths. Austral. med. Gaz. 20. IV. см. Horn и Möller, White и др. — 1899. **Goris.** Double thyrotomie, double trachéotomie pour angiome du larynx chez un enfant de 4 ans; guérison. Presse méd. Belge. № 23. см. ibidem. — 1900. **Trask.** Laryngeal angioma. Laryngoscope. February. см. ibidem. — 1900. **Seifert.** Ueber Angiome des Kehlkopfes. Sitzungsbericht der phys.-medic. G. Würzburg. p. 38—40. см. V.I.B. 35. — 1901. **Brady.** Angioma of the larynx in a boy aged six years. J. of lar. New Series. XVI. p. 14—15. см. C. Path. — 1902. **Harmer.** Über Lymph-und Hämangiome des Kehlkopfes und entzündliche Vorgänge in denselben. W.kl.W. № 24. p. 623 и № 25. p. 653. — 1903. **Онъ же.** Тоже. A.f.L. XIII. см. V.I.B. 38. II. p. 137. — 1904. **Nesse.** Ueber die Aetiologie und Histologie gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes. I.D. Halle. см. V.I.B. — 1904. **Meyer.** Kavernöses Angiom. Berl. lar. G. 22. I. см. White

и др. — 1904. **Ribbert**. см. стр. 50. — 1904. **Briazzi**. Конгрессъ italianск. общества ларингологовъ. см. White. — 1905. **Chiari**. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 3. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1905. **St. Clair Thomson**. Lond. laryng. Assoc. см. White. — 1905. **Symonds**. Ibidem. — 1905. **Imhofer**. Haematoma labii vocalis e phlebectasia. A.f.L. XVII. p. 112. — 1907. **Malzew**. Mitteil. aus d. Klinik. см. White. — 1907. **Kaufmann**. Lehrbuch. p. 192. — 1907. **Dünges**. Zur laryngologischen Casuistik. Ver. süd-deutsch. Laryngol. Heidelberg. см. C. Path. — 1908. **Horn und Möller**. Ein Fall von Hämangiom der linken Stimmlippe. A.f.L. XX. p. 159—162. — 1908. **Möller**. Nachtrag. A.f.L. XX. p. 359. — 1908. **Ribbert**. см. стр. 50. — 1908. **White**. Ein Fall von Hämangiom des Kehlkopfes behandelt mit Laryngofissur. W.kl.W. № 16. p. 571—572. — 1908. **Hirsch**. Ueber Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes. W.kl.W. № 16. p. 592—594. — **Johnson**. T. of the med. chir. Soc. London. LI. p. 176. см. Максимовъ. —

C. Гемангіомы дыхательнаго горла, бронховъ, легкихъ и плевръ.

Частота нахожденія опухолей дыхательнаго горла. Отсутствіе описаній гемангіомъ дыхательнаго горла и бронховъ. Гемангіомы легкихъ и плевръ и ихъ казуистика.

Опухоли *дыхательнаго горла* принадлежатъ къ чрезвычайно рѣдкимъ находкамъ и составляютъ, по *Bruns*'у (1898) и по *Krieg*'у (1908), меньше 1% опухолей, встрѣчающихся въ гортани. „Das Vorkommen von Trachealtumoren“, пишетъ *Bruns*, „ist ein enorm seltenes“ [1]).

По 1908 г., по *Krieg*'у, было опубликовано всего 201 случай первичныхъ опухолей дыхательнаго горла, бóльшая часть которыхъ (134) принадлежала къ доброкачественнымъ опухолямъ. Свѣдѣнія о 102 изъ этихъ опухолей, описанныхъ съ 1767 по 1898 годъ, были собраны *Bruns*'омъ, а о 32, опубликованныхъ съ 1898 по 1908 годъ, — *Krieg*'омъ. Въ новѣйшее время *Döderlein* (1912) изслѣдовалъ еще двѣ опухоли трахеи, изъ которыхъ только одна оказалась первичной и доброкачественной.

Среди собранныхъ упомянутыми авторами опухолей

---

1) *Bruns*. Die Neubildungen in der Luftröhre. In Heymann's Handbuch. I/2. p. 977.

гемангіомъ трахеи не было. Единственная работа (*Safranek* 1912), въ которой, повидимому, идетъ рѣчь о сосудистыхъ опухоляхъ дыхательнаго горла, была, къ сожалѣнію, для меня недоступна.

Опухоли *бронховъ* принадлежатъ къ еще бо́льшимъ рѣдкостямъ, чѣмъ опухоли дыхательнаго горла. Въ доступной для меня литературѣ я не нашелъ никакихъ указаній на существованіе гемангіомъ бронховъ. Отмѣчу, что какъ *Virchow* (1863), такъ и *Mauclaire и de Bovis* (1896) совершенно не упоминаютъ о сосудистыхъ опухоляхъ трахеи и бронховъ.

Первичныя опухоли *легкихъ* и *плевръ* встрѣчаются рѣдко, но чаще, чѣмъ опухоли трахеи и бронховъ. Такъ, напримѣръ, *Seydel* (1910) упоминаетъ о 123 первичныхъ злокачественныхъ опухоляхъ легкихъ и плевръ. Доброкачественныя опухоли этихъ органовъ встрѣчаются, повидимому, значительно рѣже злокачественныхъ. О существованіи доброкачественныхъ опухолей легкихъ и плевръ упоминаютъ, напримѣръ, *Pflugk* 1904, *Benneke* 1907, *Seydel* 1910, *Gibson* 1911, *Körte* 1912 и др.

Гемангіомы легкихъ и плевръ принадлежатъ къ очень большимъ рѣдкостямъ. Такъ, *Pflugk* о нихъ совсѣмъ не упоминаетъ, а *Gibson*, при перечнѣ доброкачественныхъ опухолей легкихъ и плевръ, упоминаетъ о гемангіомахъ на предпослѣднемъ мѣстѣ. *Seydel* и *Körte* упоминаютъ только объ одномъ случаѣ *Tuffier* (1908).

Уже *Virchow* (1863) писалъ, что онъ не знаетъ ни одного достовѣрнаго случая гемангіомы органовъ груди. Онъ же приводитъ только двухъ авторовъ, *Schuh* (1854) и *Rokitansky* (1855), изъ которыхъ первый лишь упоминалъ о fungus haematodes въ этой области, но не привелъ ни одного собственнаго случая, второй же описалъ у 40-лѣтней женщины множественныя кавернозныя сосудистыя опухоли въ различныхъ внутреннихъ органахъ, при чемъ въ реберной плеврѣ были найдены многочисленныя кавернозныя сосудистыя опухоли, величиной отъ горошины и до грецкаго орѣха.

Mauclaire и de Bovis, кромѣ только что приведенныхъ двухъ авторовъ, упоминаютъ еще *Israel*'я (1895), наблюдавшаго кавернозную опухоль легкаго у нервно больного мужчины, у котораго была также гемангіома лица.

Въ доступной для меня литературѣ я встрѣтилъ еще описанія слѣдующихъ случаевъ гемангіомъ легкаго: *Stamm*'а (1891), *Tuffier* (1908) и *Konjetzny* (1912).

Stamm изслѣдовалъ у 4-мѣсячной дѣвочки множественныя гемангіомы кожи, слизистыхъ оболочекъ (см. стр. 347) и внутреннихъ органовъ. Въ обоихъ легкихъ были найдены множественные темно-и свѣтлокрасные узелки, изъ которыхъ нѣкоторые выдавались надъ поверхностью плевры. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что эти узелки состояли изъ многочисленныхъ расширенныхъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ съ размножившимся эндотеліемъ, ядра котораго представлялись рѣзко увеличенными. Граница узелковъ, макроскопически ясно замѣтная, подъ микроскопомъ не различалась. По *Stamm*'у, узелки въ легкихъ и въ другихъ органахъ представляли собой простыя гемангіомы.

Tuffier у 35-лѣтняго мужчины, страдавшаго легочными кровотеченіями, нашелъ въ области лѣваго VII межреберного промежутка опухоль, величиной съ $1/2$ апельсина, сращенную съ легкимъ. Опухоль, оказавшаяся гемангіомой, была удалена, а послѣоперационное кровотеченіе было остановлено компрессами, пропитанными полуторахлористымъ желѣзомъ. Въ сообщеніяхъ *Tuffier* нѣтъ указаній на микроскопическое строеніе удаленной опухоли.

Наконецъ, *Konjetzny* описалъ два случая кавернозныхъ гемангіомъ покрововъ, давшихъ многочисленные „метастазы“ во внутреннихъ органахъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, у 4-лѣтняго ребенка, многочисленные узлы были найдены также и въ легкихъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ узловъ, они оказались ангіокаверномами съ инфильтративнымъ ростомъ по периферіи. *Konjetzny* считаетъ, что въ данномъ случаѣ множественныя гемангіомы легкихъ и другихъ органовъ представляли собой лишь метастатическіе узлы.

Такимъ образомъ, микроскопически изслѣдованными являются, насколько мнѣ извѣстно, только два случая гемангіомъ легкихъ, при чемъ одновременно были найдены множественныя гемангіомы и въ другихъ органахъ. Въ одномъ случаѣ опухоли оказались простыми гемангіомами, въ другомъ—кавернозными. Интересно отмѣтить, что *Konjetzny* причислилъ гемангіомы легкихъ своего случая къ опухолямъ метастатическаго происхожденія.

Литература. 1851 и 1854. **Schuh**. см. стр. 9; V. p. 404; M.B. p. 187. — 1855. **Rokitansky**. см. стр. 9; I. p. 207. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9; III. p. 404. — 1891. **Stamm**. см. стр. 64. — 1895. **J. Israel**. Berl. med. Ges. 26. VI. см. M.B. p. 187. — 1898. **Bruns**. Die Neubildungen in der Luftröhre. In Heymann. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. I. 2 Hälfte. p. 952—

994. — 1904. **Pflugk**. Ueber primäre Lungengeschwülste. I.D. München. см. C. Path. — 1907. **Bennecke**. Primäre Geschwülste und Missbildungen der Lunge. Sammelreferat. M. Kl. № 51. p. 1565—1567. — 1908. **Krieg**. Ueber die primären Tumoren der Trachea. B.B. 58. p. 162—190. — 1908. **Tuffier**. Angiome pulmonaire. Soc. chir. 20. I. XXXIV. p. 897; S. méd. № 29. — 1910. **Seydel**. Ueber Operabilität von Lungen-und Pleuratumoren. M.m.W. № 9. p. 452—459. — 1911. **Gibson**. О паразитахъ и опухоляхъ легкихъ и плевры. Реф. на III конгрессѣ интернац. хирург. общ. въ Брюсселѣ. см. C. Chir. — 1911. **Safranek**. Über Blutgefässgeschwülste in den oberen Luftwegen. Z.f.L. IV/3. p. 353—360. см. C. Chir. № 49. — 1911. **Kaufmann**. см. стр. 309; p. 313. — 1912. **Körte**. Der gegenwärtige Stand der Lungenchirurgie. Berl. med. Ges. 24. I; B.kl.W. № 8. p. 347. — 1912. **Konjetzny**. см. стр. 96. — 1912. **Döderlein**. Zur Kenntniss der Neubildungen der Trachea. A.f.L. 26/2. p. 345—350. —

ГЛАВА XIII.

Гемангіомы мочевыхъ органовъ.

А. Гемангіомы почекъ и почечной капсулы (фиброзной и жировой).

Частота нахожденія гемангіомъ почекъ. Частота нахожденія вообще опухолей почекъ. Казуистика гемангіомъ почекъ. Переходныя формы между гемангіомами и сложными опухолями почекъ. Номенклатура послѣднихъ.

Отсутствіе наблюденій гемангіомъ фиброзной почечной капсулы. Гемангіомы жировой почечной капсулы. Ихъ казуистика.

1. Гемангіомы почекъ. По мнѣнію большинства авторовъ прошлаго столѣтія (*Dupuytren*, *Virchow* 1863, *Mauclaire и de Bovis* 1896 и др.), гемангіомы въ почкахъ встрѣчаются чаще, чѣмъ въ остальныхъ органахъ области живота, исключая печень.

Virchow цитируетъ случаи *Dupuytren*'а, описанные *Cruveilhier* (1816) и случаи *Rayer*'а (1841), среди которыхъ упоминается и случай *Baillie*. Кромѣ того, *Virchow* упоминаетъ о препаратѣ, хранящемся въ музеѣ англійской больницы Guy, и о нѣкоторыхъ собственныхъ случаяхъ гемангіомъ почекъ. Въ одномъ изъ послѣднихъ случаевъ *Virchow* наблюдалъ множественныя опухоли кавернознаго типа, величиной отъ вишни и до грецкаго орѣха. Кругомъ нѣкоторыхъ изъ этихъ опухолей почекъ была видна капсула. Сами гемангіомы располагаются, по *Virchow*'у и др., чаще въ корковомъ слоѣ почекъ, ближе къ капсулѣ послѣднихъ.

Интересно отмѣтить, что *Mauclaire и de Bovis* не приводятъ изъ литературы новыхъ случаевъ гемангіомъ почекъ, хотя эти авторы, также какъ и *Virchow* и др., указываютъ на сравнительную частоту упомянутыхъ опухолей.

Въ работахъ цѣлаго ряда позднѣйшихъ авторовъ, занимавшихся изученіемъ опухолей почекъ, ничего не говорится о гемангіомахъ этого органа. Такъ, напримѣръ, не упоминаетъ о гемангіомахъ почекъ *Kelynack* (1898), собравшій изъ литературы свѣдѣнія о 306 случаяхъ первичныхъ опухолей почекъ, *Albarran и Imbert* (1903), собравшіе изъ литературы и собственнаго матеріала за промежутокъ времени отъ 1890 г. по 1902 г. 380 случаевъ такихъ опухолей, *Taddei* (1908), собравшій за время съ 1902 по 1907 г. 434 случая, *Krönlein* (1908), описавшій собственныхъ 25 случаевъ первичныхъ опухолей почекъ, и др.

Въ доступной мнѣ современной литературѣ я нашелъ описанія гемангіомъ почекъ только у *Hansemann*'а (1902) и у *Nuernberg*'а (1907).

Первый пишетъ, что гемангіомы почекъ располагаются въ корковомъ слоѣ, обычно оказываются множественными и представляютъ собой сѣраго или краснаго цвѣта опухоли небольшой величины, отъ чечевичнаго зерна до кедроваго орѣшка. Строеніе этихъ опухолей кавернозное: видна соединительнотканная сѣть, въ которой заложены полости, наполненныя кровью и выстланныя плоскимъ эндотеліемъ.

Къ сожалѣнію, *Hansemann* въ своей работѣ не приводитъ случаевъ такихъ гемангіомъ, а лишь указываетъ на образованіе изъ послѣднихъ другихъ, болѣе сложнаго строенія, опухолей почекъ. Эти сложныя опухоли почекъ, которыя *Hansemann* предлагаетъ назвать adenoma endotheliale, образуются, по этому автору, изъ „типическихъ гемангіомъ" при условіи разрастанія эндотелія, выстилающаго полости послѣднихъ.

Nuernberg указываетъ на чрезвычайную рѣдкость почечныхъ гемангіомъ, которыя онъ наблюдалъ только одинъ разъ среди 287 опухолей почекъ, найденныхъ на 2550 вскрытіяхъ. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ приводитъ еще цыфры *Lubarsch*'а, который на 4000 вскрытій встрѣтилъ также только одинъ случай гемангіомы почки.

Nuernberg нашелъ въ артеріосклеротической сморщенной почкѣ множественныя кавернознаго строенія опухоли, величиной отъ чечевицы до лѣсного орѣха. Опухоли были сине-краснаго цвѣта, мягкой консистенціи и имѣли плотную соединительнотканную капсулу, такъ что отсутствовала всякая связь между системой капилляровъ почки и полостями опухолей. Полости были кавернознаго типа, наполнены кровью и выстланы плоскимъ эндотеліемъ. Перегородки между полостями состояли изъ волокнистой соединительной ткани съ большимъ количествомъ эластическихъ волоконъ.

Nuernberg, также какъ и *Hansemann*, указываетъ на существованіе ряда переходныхъ формъ между чистыми гемангіомами почекъ и тѣми сложными, не совсѣмъ еще точно изученными образованіями, которыя *Marchand* назвалъ ангіоэпителіомами, *Waldeyer* и *Kolaczek*—ангіосаркомами, *Hansemann*—adenoma endotheliale, *Ackermann*—endothelioma vasculare, *Amann* и *Maurer* — endothelioma intravasculare, *Nauwerck* — гиперпластическими капиллярными ангіомами, *Borrmann* — капиллярными эндотеліомами, а *Birch-Hirchfeld* и *Borst*—haemangioendothelioma intravascnlare s. simplex.

На основаніи краткаго описанія случая *Nuernberg*'а трудно придти къ опредѣленному заключенію о сущности изслѣдованныхъ имъ опухолей. Наличность рѣзкихъ измѣненій въ окружающей опухоли почечной ткани (циррозъ) не исключаетъ возможность вторичнаго происхожденія этихъ „кавернозныхъ" опухолей какъ слѣдствія сморщиванія почки.

Наконецъ, существуетъ еще наблюденіе *Lewis*'а (1905), который въ одномъ случаѣ множественныхъ опухолей различныхъ органовъ тѣла видѣлъ также кавернозныя гемангіомы съ локализаціей въ печени и *почкахъ*.

Литература. 1816. **Cruveilhier**. Essai sur l'anatomie path. II. p. 133. см. V. p. 397. — 1841. **Rayer**. Traité des maladies des reins. см. V. p. 397. — 1863. **V**. см. стр. 9; III. p. 397. — 1896. **M B**. см. стр. 49. — 1898. **Kelynack**. Renal growths. London. см. Albarran и Imbert. p. 16. — 1902. **Hansemann**. Ueber Nierengeschwülste. Z.f.kl.M. 44. p. 1—21. — 1903. **Albarran et Imbert**. Les tumeurs du rein. Paris. — 1905. **Lewis**. см. стр. 308. — 1907. **Nuernberg**. Beiträge zur Histologie der Nierengeschwülste. F.Z. 1. 3/4. p. 433. — 1908. **Krönlein**. Ueber Prognose und Therapie der Nierentumoren. F.ur. III. № 1. p. 1. см. V.I.B. 43/II. p. 657. — 1908. **Taddei**. Pathologia e clinica dei tumori del rene. F.ur. II. № 4. p. 303. см. V.I.B. 43/II. p. 657. — **Dupuytren**. см. Cruveilhier. — **Baillie**. см. V. p.

397. — Lubarsch, Marchand, Waldeyer, Kolaczek, Ackermann, Aman, Maurer, Nauwerck, Borrmann, Birch-Hirschfeld. Borst. см. Nuernberg. —

2. Гемангіомы почечныхъ капсулъ. Опухоли *фиброзной почечной капсулы* встрѣчаются не часто, гемангіомы же съ такой локализаціей, повидимому, до сихъ поръ не описаны. *Bork* (1901) и *Ulrich* (1901), собравшіе изъ литературы, первый 24, а второй 50 случаевъ опухолей капсулы почекъ, не встрѣтили среди этихъ опухолей ни одной гемангіомы.

Гемангіомы *жировой капсулы* почекъ принадлежатъ къ рѣдчайшимъ находкамъ. Насколько мнѣ извѣстно, о такихъ гемангіомахъ упоминаютъ только *Berenbruch* (1890), *Devic и Tolot* (1906) и *Salomon* (1906).

Berenbruch нашелъ при вскрытіи 16-лѣтняго мужчины липомы и ангіо-липомы подкожной клѣтчатки различныхъ мѣстъ туловища и гемангіому спинного мозга. Въ жировой капсулѣ правой почки также была найдена опухоль, которая состояла изъ жировой ткани, пронизанной громаднымъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ различнаго калибра. Авторъ называетъ эту опухоль „angiomatöse Entartung der Nieren-Fettkapsel“ [1]).

Devic и Tolot нашли у женщины 37 лѣтъ, наряду съ многочисленными гемангіомами другихъ органовъ (см. стр. 273 и 323), также „ангіоматозныя массы“ въ жировой капсулѣ лѣвой почки.

Salomon нашелъ симметрично расположенныя гемангіомы въ жировой капсулѣ обѣихъ почекъ. Такой случай является, по *Salomon*'у, единственнымъ въ литературѣ.

У женщины 30 лѣтъ при вскрытіи случайно были найдены небольшіе узлы, діаметромъ около 1 cm., желто-краснаго цвѣта, симметрично сидѣвшіе въ области воротъ обѣихъ почекъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ изъ этихъ узловъ оказалось, что они состояли изъ жировой и сосудистой ткани. Жировая ткань имѣла, по *Salomon*'у, эмбріональный характеръ и была пронизана сосудами различнаго калибра. Сосудистая же ткань состояла мѣстами изъ узкихъ, мѣстами изъ очень расширенныхъ сосудовъ капиллярнаго типа.

По мнѣнію *Salomon*'а, въ его случаѣ имѣло мѣсто автономное опухолевидное новообразованіе сосудовъ, исходившее изъ жировой ткани hilus'а. Поэтому *Salomon* причислилъ изслѣдованныя имъ опухоли къ гемангіомамъ, счи-

---

[1]) *Berenbruch*. Ein Fall von multiplen Angio-Lipomen etc. I.D. Tübingen. 1890. p. 20.

тая, что происхожденіе ихъ связано съ порокомъ развитія: „Genesis“...., пишетъ *Salomon*, „wie bei den zahlreichen angeborenen Angiomen der Haut, auch hier eine Entwicklungsanomalie“ [1]).

Литература. 1890. **Berenbruch.** Ein Fall von multiplen Angio-Lipomen kombiniert mit einem Angiom des Rückenmarkes. I.D. Tübingen. — 1901. **Bork**. Beiträge zur Kenntniss der Nierenkapselgeschwülste. A. Chir. 63 4. — 1901. **Ulrich.** Nierenkapselgeschwülste und ihre chirurgische Behandlung. I.D. см. C. Path. — 1906. **Devic et Tolot.** см. стр. 334. 1906. **Salomon.** Ueber Tumoren des Nierenhilus. Z.f.Kr. IV.3. p. 648—662.

На основаніи вышесказаннаго можно вывести заключеніе, что гемангіомы почечной ткани принадлежатъ къ очень рѣдкимъ и мало изученнымъ образованіямъ, такъ какъ очень многіе изъ приведенныхъ различными авторами случаевъ этихъ опухолей являются, повидимому, сомнительными. Гемангіомы же жировой капсулы почекъ, несомнѣнно, представляютъ величайшую рѣдкость.

B. Гемангіомы мочевыводящихъ путей.

Гомангіомы почечныхъ лоханокъ. Отсутствіе литературныхъ свѣдѣній о гемангіомахъ мочеточниковъ.

Частота нахожденія опухолей мочевого пузыря. Гемангіомы этого органа и ихъ казуистика. Отсутствіе достовѣрныхъ случаевъ гемангіомъ мочевого пузыря.

Опухоли мочеиспускательнаго канала, богатыя сосудами; ихъ номенклатура. Рѣдкость нахожденія гемангіомъ мочеиспускательнаго канала; ихъ казуистика.

1. Гемангіомы почечныхъ лоханокъ и мочеточниковъ. Гемангіомы (телеангіэктазіи) *почечныхъ лоханокъ* описываются довольно часто. Такіе случаи наблюдали *Suter* 1902, *Fenwick* 1904 (три случая), *Whitney* и *Cabot* 1909, *Monroe Pilcher* 1909 (два случая), *Guibé* 1909, *Granville Mc. Gowan* 1910 (три случая) и др.

Во всѣхъ случаяхъ приведенныхъ авторовъ были произведены операціи по поводу кровотеченій изъ почекъ, при

[1]) *Salomon.* Ueber Tumoren des Nierenhilus. Z.f.Kr. 1906. IV/3. p. 658.

чемъ были найдены одиночные или, чаще, множественные участки съ локализаціей то въ области слизистой сосочковъ почки (*Granville* и др.), то въ слизистой лоханокъ (*Suter* и др.). При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ участковъ оказалось, что они состоятъ изъ увеличеннаго, по сравненію съ нормой, количества капиллярныхъ сосудовъ, которые въ нѣкоторыхъ случаяхъ (*Pilcher*) представлялись кромѣ того расширенными.

Suter и *Granville* настаиваютъ на бластоматозномъ характерѣ найденныхъ участковъ. Напротивъ, *Pilcher* и *Guibé* причислили ихъ къ варикознымъ образованіямъ, на подобіе геморроидальныхъ шишекъ задняго прохода, варикозныхъ расширеній венъ нижней конечности, сѣменного канатика и т. д.

Гемангіомы *мочеточниковъ* до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, еще никѣмъ не описаны.

Литература. 1902. **Suter.** Ueber einseitige renale Hämaturie, bedingt durch Teleangiektasien des Nierenbeckens. C.Kr.H.S. см. C. Chir. p. 426; V.I.B. 37/II. p. 628. — 1904. **Fenwick**. Clinical cystoscopy. London. p. 392. см. Monroe Pilcher. — 1909. **Whitney and Cabot.** Boston med. a. surg. J. № 21. см. Monroe Pilcher. — 1909. **Guibé**. Varices rénales. P. m. № 72. — 1909. **Monroe Pilcher.** Renal varix. A.S. XLIX. № 5. p. 652–669. — 1910. **Granville Mc. Gowan.** Angioma of papillae of the kidney. A.S. № 4. —

---

2. **Гемангіомы мочевого пузыря.** Опухоли мочевого пузыря стали подвергаться оперативному лѣченію и въ связи съ этимъ болѣе частому изученію лишь недавно. Поэтому слѣдуетъ считать, что выводы о частотѣ этихъ опухолей, сдѣланные на основаніи прежнихъ статистическихъ работъ, врядъ-ли являются правильными. Такъ, напримѣръ, по *Gurlt*'у (1880), опухоли мочевого пузыря составляютъ 0,39% всѣхъ опухолей вообще, а по *Küster*'у (1884)—0,76%. Но оба упомянутыхъ автора встрѣтили лишь ничтожное количество опухолей мочевого пузыря: *Gurlt*—66 (на 16637 случаевъ), а *Küster*—10 (на 1308 случаевъ).

Въ настоящее время имѣется много спеціальныхъ работъ, посвященныхъ изученію первичныхъ опухолей мочево-

го пузыря. Такъ, напримѣръ, *Albarran* (1892) представилъ таблицу изъ 200 случаевъ опухолей мочевого пузыря, *Frisch* (1907) сдѣлалъ сообщеніе о 300 имъ лично оперированныхъ опухоляхъ этого органа, *Дерюжинскій* (1894) собралъ 21, а *Зефировъ* (1909) — 156 случаевъ опухолей мочевого пузыря, опубликованныхъ исключительно русскими авторами и т. д.

Наиболѣе часто встрѣчаются папилломы и раки мочевого пузыря, тогда какъ остальныя опухоли являются гораздо болѣе рѣдкими. Въ частности гемангіомы мочевого пузыря наблюдаются, повидимому, крайне рѣдко и большинство авторовъ даже не упоминаетъ о нихъ (*Sperling* 1883, *Оберманъ* 1885, *Буйко* 1891 и мн. др.).

Virchow (1863) *и Mauclaire и de Bovis* (1896) также совершенно не упоминаютъ о гемангіомахъ мочевого пузыря. Первый только вскользъ говоритъ о геморроидальныхъ шишкахъ мочевого пузыря, описанныхъ нѣкоторыми авторами (*Welper* 1783, *Kreysig* 1817, *J. Bell* 1826 и др.). *Virchow* самъ наблюдалъ въ нѣсколькихъ случаяхъ въ области шейки мочевого пузыря только незначительныя расширенія преимущественно подслизистыхъ венъ.

Въ доступной для меня литературѣ я встрѣтилъ указанія на существованіе сосудистыхъ опухолей мочевого пузыря, сдѣланныя нѣсколькими авторами, а именно: *Broca* 1863, *Langhans* 1879, *Albarran* 1892, *Дерюжинскій* 1894, *Berliner* 1902, *Mayon* 1908, *Bachrach* 1909, *Panzer* 1911 и *Gross* (годъ опубликованія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ).

Микроскопическое изслѣдованіе опухолей произвели, насколько мнѣ извѣстно, только *Langhans* и *Дерюжинскій*.

Langhans нашелъ при вскрытіи 19-лѣтняго мужчины кавернозную опухоль діаметромъ около 3—4 cm. и толщиною около 6 mm., расположенную въ слизистомъ и подслизистомъ слоѣ мочевого пузыря надъ отверстіемъ лѣваго мочеточника. Кругомъ опухоли были видны многочисленныя флебэктазіи. При микроскопическомъ изслѣдованіи *Langhans* обнаружилъ кавернозныя полости, наполненныя кровью и раздѣленныя другъ отъ друга соединительнотканными перегородками.

Дерюжинскій приводитъ случай, оперированный *Бобровымъ*. У мужчины 51 г. изъ мочевого пузыря была удалена опухоль, величиной съ крупное конопляное зерно, сидѣвшая на ножкѣ вблизи orific. int. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась ангіофибромой. Къ сожалѣнію, *Дерюжинскій* не приводитъ описанія микроскопическаго строенія этой ангіо-фибромы.

Приведенные случаи (*Langhans*'а и *Дерюжинскаго*) съ патолого-анатомической точки зрѣнія являются не достаточно выясненными. Неполнота описанія *Langhans*'а и отсутствіе подробнаго описанія строенія опухоли *Дерюжинскаго* не позволяютъ окончательно причислить описанныя обоими авторами опухоли къ гемангіомамъ. Принимая, наконецъ, во вниманіе, что остальные, упомянутые мною, авторы совершенно не производили микроскопическаго изслѣдованія описанныхъ ими опухолей, а довольствовались ихъ клиническимъ распознаваніемъ, я долженъ придти къ заключенію, что въ медицинской литературѣ до настоящаго времени достовѣрно установленныхъ случаевъ гемангіомы мочевого пузыря, повидимому, не имѣется.

Литература. 1783. **Welper.** De haemorrhoidum vesicae urinariae pathologia et medcla. I.D. Jenae. см. V. p. 452. — 1817. **Kreysig.** см. V. p. 452. — 1826. **J. Bell.** см. стр. 85; V. p. 453. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9; III. p. 452. — 1863. **Broca.** см. стр. 23; M.B. p. 184; Berliner. p. 519. — 1879. **Langhans.** II. Cavernöser Tumor der Harnblase. Tod durch Verblutung. V.A. 75. p. 291—293. — 1880. **Gurlt.** см. стр. 64. — 1883. **Sperling.** Zur Statistik der primären Tumoren der Harnblase. I.D. Breslau. см. V.I.B. 18, Эберманъ и др. — 1884. **Küster.** Ueber Harnblasengeschwülste u. deren Behandlung. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. см. Зефировъ, Lincoln и др. — 1886. **Эберманъ.** Объ опухоляхъ мочевого пузыря (Распознаваніе и оперативное лѣченіе). В. № 8. p. 147. — 1891. **Буйко.** Къ казуистикѣ опухолей мочевого пузыря. В. №. 23. — 1892. **Albarran.** Les tumeurs de la vessie. Paris. см. Berliner. p. 519 и др. — 1894. **Дерюжинскій.** Опухоли мочевого пузыря у мужчинъ. Х.Л. IV/2. p. 248—266. — 1896. **M. B.** см. стр. 49. — 1902. **Berliner.** Die Teleangiektasien der Blase. D.Z. Chir. LXIV. p. 517. — 1906. **Lincoln Davis.** Primary tumors of the urinary bladder. A.S. 160. April. p. 556. — 1907. **Frisch.** Bericht über 300 operierte Blasentumoren. W.kl.W. № 40. — 1908. **Mayou.** Telangiectasis of the bladder with haematuria, in with there was double optic neuritis. Royal. Soc. of med. 10. I. см. Br.m.J. 18. I. p. 149. — 1909. **Bachrach.** Fall von starker Hämaturie. II Congr. d. deutschen Ges. f. Urologie. Berlin. см. C. Chir. № 25. p. 919. — 1909. **Зефировъ.** Къ вопросу о новообразованіяхъ мочевого пузыря. Х. Т. XXV. № 146. p. 115—148. — 1911. **Panzer.** Angioma of uterus, bladder and broad ligament. Amer. J. of Obst. Nov. p. 776. см. C. Path. — **Gross.** см. M.B. p. 185. —

---

3. Гемангіомы мочеиспускательнаго канала. Опухоли мочеиспускательнаго канала, богатыя сосудами, въ громадномъ

большинствѣ случаевъ не принадлежатъ къ гемангіомамъ Особенно часто онѣ встрѣчаются въ периферическомъ отдѣлѣ женскаго мочеиспускательнаго канала, гдѣ описываются подъ самыми различными названіями. По *Palm*'у (1901), такихъ названій предложено около семнадцати. Такъ, напримѣръ, *Richet*, *Hutchinson* и *Castle* описываютъ эти опухоли подъ названіемъ геморроидальныхъ шишекъ, *Rizzoli* называетъ ихъ angioma sanguineum, *Moore* angioma papillomatosum, *Winckel* и *Palm* —angioma papillare polyposum и т. п. Послѣдній авторъ, собравшій изъ литературы свѣдѣнія о 246 такихъ опухоляхъ, не нашелъ въ нихъ признаковъ воспаленія и потому причислилъ ихъ къ гемангіомамъ. *Lange* (1903) изслѣдовалъ 1000 гинекологическихъ больныхъ и у 58 изъ нихъ нашелъ образованія, похожія на „капиллярныя полипозныя ангіомы“ авторовъ. При внимательномъ гистологическомъ изслѣдованіи найденныхъ опухолей, *Lange* пришелъ къ заключенію, что онѣ имѣютъ только „ангіомоподобный“ видъ и должны быть причислены къ грануле-мамъ или къ полипамъ слизистой, очень богатымъ сосудами. *Mauclaire и de Bovis* (1896) привели случаи *Laugier* (1834), *Rizzoli* (1873) и *Petit* (1889) и также склоняются къ мнѣнію, что эти авторы наблюдали не гемангіомы, а полипы, папилломы и даже выпавшіе и ущемившіеся участки нормальной слизистой мочеиспускательнаго канала.

Гемангіомы этого органа описали, кромѣ уже цитированныхъ авторовъ, насколько мнѣ извѣстно, еще слѣдующіе авторы: *Godson* 1885 (два случая), *Forgue и Jeanbrau* 1906, *Tuffier* 1909, 1910 и 1912 и *Demme* (годъ опубликованія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ). Къ сожалѣнію, никому изъ перечисленныхъ авторовъ не удалось произвести микроскопическаго изслѣдованія наблюдавшейся сосудистой опухоли.

Отмѣчу еще, что опухоли задней части мочеиспускательнаго канала встрѣчаются лишь крайне рѣдко (*Lewin* 1908) и что гемангіомы этого отдѣла до сихъ поръ, повидимому, еще никѣмъ не наблюдались.

Такимъ образомъ оказывается, что всѣ до сихъ поръ описанные случаи гемангіомъ мочеиспускательнаго канала помѣщались въ переднемъ отдѣлѣ послѣдняго и изслѣдовались, насколько мнѣ извѣстно, только съ клинической

точки зрѣнія. На основаніи сказаннаго слѣдуетъ признать, что достовѣрность этихъ случаевъ подлежитъ сомнѣнію.

Литература. 1834. **Laugier**. A. gén. méd. p. 203. см. M.B. p. 169. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1873. **Rizzoli**. Bollet. d. scienze med. см. M.B. p. 169. — 1885. **Godson**. Br.m.J. 3. I. см. B. № 5. — 1889. **Petit**. Soc. anat. 12. VII. p. 468. см. M.B. p. 169. — 1896. **M.B**. см. стр. 49. — 1901. **Palm**. Ueber papilläre polypöse Angiome und Fibrome der weiblichen Harnröhre. M.f.G. XIII.2. p. 231—243, 3. p. 351—364 и 4. p. 470—486. — 1903. **Lange**. Ueber die sogenannten Carunkeln der weiblichen Urethra. Z. f. Geb. XLVIII/1. p. 122—151. — 1906. **Forgue et Jeanbrau**. Angiome de l'urètre chez un enfant. Urétérorragies abondantes. Diagnostic à l'urétroscope. Traitement par l'électrolyse sous le contrôle urétroscopique. Guérison. Montpellier médical. p. 50. см. V.I.B. 41 II. p. 693. — 1908. **Lewin**. Zur Diagnostik und Therapie der Tumoren der Urethra posterior. Z. f. Ur. II. p. 320. — 1909. **Tuffier**. Angiome de la verge et de la muqueuse urétrale. Soc. chir. 30. VI. T. XXXV. № 24. p. 836—838. — 1910. **Tuffier**. Angiome du canal de l'urètre. Urétrorragie. Traitement par le radium. An. g. ur. I. p. 1133. см. J. B. Chir. XVI. p. 1209. — 1912. **Tuffier**. Angiome de l'urètre, guéri depuis deux ans et demi par le radium. Angiome du scrotum. Soc. chir. 27. III. T. XXXVIII. № 13. p. 488. — **Richet, Hutchinson, Castle, Moore, Winckel**. см. Palm. — **Demme**. Cavernöses Angiom der äusseren Harnröhrenmündung. 26 medic. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitals in Bern. (мнѣ не были доступны ни оригиналъ, ни рефератъ этой работы). —

ГЛАВА XIV.

Гемангіомы половыхъ органовъ.

Гемангіомы половыхъ органовъ упоминаются въ литературѣ чрезвычайно рѣдко; напримѣръ, въ русской печати *Покровскій* (1907) не нашелъ ни одного случая. Но и изъ числа описанныхъ гемангіомъ большинство или не подвергалось детальному макро-и микроскопическому изслѣдованію, или наблюдалось старыми авторами, пользовавшимися несовершенными методами изслѣдованія.

Сперва я коснусь гемангіомъ мужскихъ, а затѣмъ женскихъ половыхъ органовъ. Въ связи съ половыми органами обычно разсматриваются грудныя железы и послѣдъ. Поэтому я въ настоящей главѣ также приведу собранныя мною изъ литературы свѣдѣнія о гемангіомахъ грудныхъ железъ и послѣда.

А. Гемангіомы мужскихъ половыхъ органовъ.

Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки мошонки и полового члена. Казуистика гемангіомъ полового члена. Казуистика гемангіомъ яичка и его придатка. Отсутствіе въ литературѣ описаній гемангіомъ сѣменного канатика, сѣменного пузырька и предстательной железы.

---

1. Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки мошонки и полового члена. Гемангіомы въ этихъ областяхъ изрѣдка встрѣчаются, но по своему строенію не представляютъ, повидимому, никакихъ отклоненій отъ гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки другихъ областей организма.

Въ случаяхъ гемангіомъ области *мошонки*, описанныхъ *Boullay* 1851, *Verneuil*'емъ 1859, *Holmes* 1864 и *Tuffier* 1912, и кожи *полового члена*, описанныхъ *Vidal*'емъ 1855 и *Winiarski* 1893, микроскопическое изслѣдованіе опухолей не было произведено и поэтому я не буду останавливаться на работахъ этихъ авторовъ.

Описанія микроскопическаго строенія гемангіомъ *мошонки* представили, насколько мнѣ извѣстно, только *Rivington* (1877) и *Roggenbau* (1910).

Rivington наблюдалъ дольчатую сосудистую опухоль, величиной съ куриное яйцо, въ задней части лѣвой половины мошонки у мужчины 23 лѣтъ. Въ анамнезѣ больного извѣстно, что онъ два раза ушибалъ мошонку. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что въ однѣхъ долькахъ ея преобладали расширенныя вены, а въ другихъ—расширенные капилляры и что между этими сосудами имѣлось небольшое количество жировой и волокнистой соединительной ткани. *Rivington* призналъ эту опухоль врожденной.

Roggenbau изслѣдовалъ у мужчины 27 л., умершаго отъ туберкулеза легкихъ, множественныя кавернозныя гемангіомы печени и одиночную кавернозную гемангіому кожи и подкожной клѣтчатки мошонки слѣва. Послѣдняя опухоль занимала пространство шириною около 2 cm. и была величиной въ грецкій орѣхъ. Она не была ясно отграничена. При микроскопическомъ изслѣдованіи строеніе опухолей печени и мошонки оказалось одинаковымъ. Онѣ состояли изъ полостей, наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ между собою перегородками. Въ составъ послѣднихъ входила волокнистая соединительная ткань, гладкія мышечныя волокна и многочисленныя эластическія волокна. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ открывались тромбы въ различныхъ стадіяхъ организаціи.

Здѣсь же нужно упомянуть объ описанной *Vidal*'емъ (1855) гемангіомѣ, сидѣвшей въ области крайней плоти на ножкѣ, и о двухъ гемангіомахъ головки полового члена, описанныхъ *Longo* (1898) и *Covisa* (1911). Въ случаѣ *Longo* у пятилѣтняго ребенка была найдена простая гипертрофическая гемангіома, величиной съ горошину, сидѣвшая на ножкѣ въ области головки полового члена.

Литература. 1851. **Boullay**. Tumeur érectile sous-cutanée du scrotum. Soc. anat. XXVI. p. 194. см. Покровскій. p. 48. — 1855. **Vidal**. Traité de pathologie et de méd. opératoire. Paris. T. V. см. M.B. p. 168. — 1859. **Verneuil**. Note sur une variété rare et peu connue de tumeur des

enveloppes scrotales. Gaz. hebd. de méd. et de chir. VI. p. 581. см. Покровскій. p. 49. — 1864. **Holmes**. Congenital venous tumour of scrotum. T.P.S.L. XV. p. 95. см. M.B. p. 168; Покровскій. p. 49. — 1877. **Rivington**. Vascular tumour of the scrotum; removal; recovery. L. II. 27. Oct. p. 608. см. ibidem. 1893. **Winiarski**. Gazeta lekarska. № 13. см. V.I.B. 28. — 1898. **Longo**. Rif. med. IV. № 8. см. C. Path. 1899. p. 505. — 1907. **Покровскій**. О кровеныхъ сосудистыхъ опухоляхъ половыхъ органовъ. X. Томъ XXI. p. 42—73. — 1910. **Roggenbau**. см. стр. 309. — 1911. **Covisa**. Actas dermo-sifilidograficas. III. № 3. см. M.f.D. 53. № 9. — 1912. **Tuffier**. см. стр. 368. —

2. Гемангіомы полового члена. Въ толщѣ полового члена *Albanus* (1851), *Borst* (1902) и *Покровскій* (1907) нашли, насколько мнѣ извѣстно, кавернозныя гемангіомы.

Въ случаѣ *Albanus*'а микроскопическое изслѣдованіе опухоли не было произведено. Въ случаѣ же *Borst*'а были найдены кровеносныя полости съ перегородками изъ саркоматозной ткани, въ виду чего діагнозъ остается не выясненнымъ, имѣлась ли саркома пещеристыхъ тѣлъ или же была комбинація саркомы съ кавернозной гемангіомой. Наконецъ, *Покровскій* наблюдалъ совмѣстно съ д-ромъ *Доброхотовымъ* опухоль полового члена, величиной съ яблоко, исходившую изъ пещеристыхъ тѣлъ у татарина 23 лѣтъ. Впервые опухоль появилась послѣ неудачно произведеннаго обряда обрѣзанія и долго оставалась въ одномъ положеніи. Во время полового развитія опухоль стала расти. Больной отъ предложенной ему операціи отказался, такъ что патологоанатомическое изслѣдованіе этой опухоли произведено не было и вопросъ о ея строеніи остался не выясненнымъ.

Литература. 1851. **Albanus**. см. Покровскій. — 1902. **Borst**. см. стр. 49; I. p. 191. — 1907. **Покровскій**. см. на этой же стр. —

3. Гемангіомы яичка, его придатка, сѣменного канатика, сѣменного пузырька и предстательной железы. Доброкачественныя опухоли *яичка* представляются не частыми (*Berditschewsky* 1911), въ частности же гемангіомы этого органа очень рѣдки. Единственный извѣстный для меня случай кавернозной ге-

мангіомы яичка наблюдался *Busch*'емъ (1882). Объ этомъ же случаѣ вскользъ упоминаетъ также *Orth* (1893) въ своемъ учебникѣ.

Сосудистыя опухоли *придатка яичка* служили предметомъ изслѣдованія *Mainguy* (1894). Къ сожалѣнію, работа этого автора въ подлинникѣ мнѣ была не доступной. Кромѣ упомянутой работы мнѣ встрѣтилось только еще краткое описаніе случая гемангіомы придатка въ сообщеніи *Hardouin* (1910).

Hardouin удалилъ у мужчины сорока лѣтъ небольшую опухоль праваго придатка яичка, обусловившую, по автору, подострое воспаленіе влагалищной оболочки яичка. Опухоль, величиной съ кедровый орѣхъ, находилась въ головкѣ придатка, была мѣстами фіолетоваго цвѣта и представлялась на ощупь довольно плотной. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли и прилежавшихъ частей придатка, въ послѣднемъ особыхъ уклоненій отъ нормы не было найдено. Въ опухоли открывались новообразованные сосуды („une production angiomateuse très nette“ [1]) и слѣды свѣжихъ кровоизліяній.

Относительно опухолей *сѣменного канатика* вообще существуетъ довольно обширная литература (*Karewsky* 1895, *Masson* 1908, *Smith* 1909, *Patel* и *Chalier* 1909, *Goldhan* 1910, *Schlueter* 1911 и др.). *Patel* и *Chalier* собрали всѣ опубликованные до 1909 г. случаи опухолей этого органа (всего 89 случаевъ) и среди нихъ не оказалось ни одной сосудистой. Въ работахъ другихъ авторовъ также не встрѣчается указаній на нахожденіе гемангіомъ въ сѣменномъ канатикѣ. Поэтому слѣдуетъ признать, что до сихъ поръ гемангіомы сѣменного канатика, повидимому, не наблюдались ни разу.

Въ *сѣменныхъ пузырькахъ и предстательной железѣ* эти опухоли, насколько мнѣ извѣстно, также никѣмъ не описаны. Отмѣчу, что, по *Frisch*'у, всѣ новообразованія предстательной железы представляются злокачественными, тогда какъ, по *Hock*'у (1911), въ предстательной железѣ могутъ встрѣчаться и доброкачественныя опухоли.

Литература. 1882. **Busch**. Ueber das Verhalten des Samenkörpers bei gesunden u. kranken Menschen. I.D. München. см. Покровскій и Orth. — 1893. **Orth**. Lehrbuch der speciellen pathol. Anatomie. II. p. 343.

---

[1] *Hardouin*. Angiome de l'épididyme ayant provoqué une vaginalite subaiguë. Soc. anat. LXXXV. 7-me série. T. XII. № 6. Juin 1910. p. 611.

— 1894. **Mainguy**. Contribution à l'étude des tumeurs sanguines de l'épididyme. Thèse. Lyon. см. C. Path. — 1895. **Karewsky**. Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens u. des Samenstrangs. A. Chir. p. 49. — 1908. **Masson**. Tumeurs du cordon spermatique. Soc. anat. — 1909. **Smith**. Neoplasmes of the testicles and cordons. Boston med. a. surg. J. см. Schlueter. — 1909. **Patel et Chalier**. Tumeurs du cordon spermatique. R. chir. XXXIX и XL. — 1910. **Goldhan**. Die soliden Neubildungen des Samenstranges. I.D. Leipzig. см. M.f.D. 52. № 10. p. 534; Z. f. Ur. № 8. — 1910. **Hardouin**. Angiome de l'épididyme ayant provoqué une vaginalite subaiguë. Soc. anat. LXXXV. 7-me Série. T. XII. № 6. Juin. p. 611. — 1911. **Berditschewsky**. Kasuistik der Hodentumoren. I.D. Berlin. см. M.f.D. 53. № 11. p. 630 и Z.f.Ur. 1912. VI 1. p. 76. — 1911. **Schlueter**. Ueber zwei Fälle von Samenstrangtumoren. B.kl.W. № 38. p. 1708. — 1911. **Hock**. Giebt es gutartige Prostatatumoren? III Congress d. deutsch. Ges. f. Urologie. Wien. 11—13. IX. Реф. in M. Kl. № 41. p. 1599. — **Frisch**. см. Hock. —

Резюмируя приведенныя свѣдѣнія о гемангіомахъ мужскихъ половыхъ органовъ, я долженъ сказать, что изъ небольшого числа описанныхъ опухолей этого рода, повидимому, только въ пяти діагнозъ былъ провѣренъ гистологическимъ изслѣдованіемъ, а именно въ случаяхъ *Roggenbau* (кавернозная гемангіома кожи мошонки), *Busch*'а (кавернозная гемангіома яичка), *Longo* (простая гипертрофическая гемангіома головки полового члена), *Rivington*'а (сосудистая опухоль кожи мошонки; авторъ не причислилъ ее къ опредѣленному виду гемангіомъ) и, наконецъ, *Hardouin* („ангіома" придатка). Понятно, что на основаніи только пяти наблюденій совершенно невозможно сдѣлать какія бы то ни было обобщенія относительно гемангіомъ мужскихъ половыхъ органовъ. Укажу только, что послѣднія, насколько мнѣ извѣстно, совершенно не описаны въ сѣменномъ канатикѣ, сѣменномъ пузырькѣ и предстательной железѣ.

B. Гемангіомы женскихъ половыхъ органовъ.

Казуистика гемангіомъ наружныхъ половыхъ органовъ (половыхъ губъ и клитора), влагалища, матки, яйцеводовъ и яичниковъ. Отсутствіе описаній гемангіомъ маточныхъ связокъ (круглой и широкой).

1. Гемангіомы половыхъ губъ и клитора. Гемангіомы *половыхъ губъ* наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Lever* 1842, *Hanuschke* 1864, *Steudener* 1872, *Volkmann*

1875, *Hennig* 1878, *Paul* 1881, *Sänger* 1882, *Duncan* 1885 и *Quénu* 1890. Однако, ни одинъ изъ перечисленныхъ авторовъ въ своихъ работахъ не упоминаетъ, насколько мнѣ извѣстно, о микроскопическомъ изслѣдованіи описанныхъ ими опухолей.

Гемангіомы *клитора* встрѣчаются рѣдко и въ большинствѣ случаевъ также не подвергались микроскопическому изслѣдованію. *Lambret* (1898) собралъ изъ литературы данныя о всѣхъ доброкачественныхъ опухоляхъ клитора, опубликованныхъ до 1898 года. Такихъ опухолей онъ нашелъ 37, изъ нихъ только три подверглись микроскопическому изслѣдованію. Гемангіомъ среди этихъ 37 опухолей не оказалось.

Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ указанія на случаи гемангіомъ клитора, описанные *Rizzoli* (1873), *Glantenay* и *Lardennois* (1898) и *Соболевымъ* (1911).

Rizzoli оперировалъ у 9-лѣтней дѣвочки гемангіому, занявшую часть большихъ губъ, отверстіе мочеиспускательнаго канала и клиторъ. Микроскопическаго изслѣдованія не было произведено.

Glantenay и *Lardennois* описали у женщины 61 года опухоль клитора, величиной съ яблоко. Опухоль, по ихъ мнѣнію, была „ангіома съ саркоматозной дегенераціей".

Наконецъ, *Соболевъ* демонстрировалъ въ обществѣ патологовъ въ С.-Петербургѣ препаратъ гемангіомы клитора, въ которой кромѣ того было видно безпорядочное разрастаніе соединительной ткани и гладкихъ мышцъ.

Изъ приведеннаго видно, что гемангіомы наружныхъ половыхъ органовъ у женщинъ являются рѣдкими и, повидимому, мало изслѣдованными опухолями.

Литература. 1842. **Lever**. Observations on pelvic tumors obstructing parturition. Guy's Hosp. Rep. VII. p. 136. см. Покровскій. — 1864. **Hanuschke**. Chirurgisch-operative Erfahrungen. Leipzig. см. ibidem. — 1872. **Steudener**. Chir. I. p. 73; A. Chir. XV. p. 568. см. Völker и Franke. p. 428. см. стр. 136. — 1873. **Rizzoli**. Bolletino delle scienze mediche. см. M.B. p. 169. — 1875. **Volkmann**. A. Chir. XII/3. p. 568. см. ibidem. — 1878. **Hennig**. Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. In Gebhard. Handbuch der Kinderkrankheiten. IV. 3. см. Покровскій. — 1881. **Paul**. Acad. de méd. de Paris. 20. VIII. см. M.B. p. 168. — 1882. **Sänger**. Angiom der rechten grossen Schamlippe. C. Gyn. VI. p. 125. см. Покровскій. — 1885. **Duncan**. Angioma of labium. T. obst. soc. London. XXVI. p. 118. см. ibidem. — 1890. **Quénu**. Soc. chir. février. см. M.B. — 1898. **Lambret**. Les tu-

meurs bénignes du clitoris. R. chir. XVIII. p. 429—441. — 1898. **Glantenay et Lardennois**. Soc. anat. 4. XI. см. C. Path. 1900. p. 744. — 1911. **Соболевъ**. Къ ученію объ ангіомахъ. Засѣданіе Общества Патологовъ въ С.-Петербургѣ. 21. I. Труды Общества за 1910/11 г. Приложеніе къ Х. м.Ж. 1912. XIII. № 2. —

2. Гемангіомы влагалища. Во влагалищѣ *Gebhard* (1899), считаетъ сосудистыя опухоли не рѣдкой находкой, но, какъ справедливо замѣтилъ *Покровскій* (1907), *Gebhard*, повидимому, имѣлъ дѣло не съ гемангіомами, а съ варикозными расширеніями сосудовъ влагалища.

Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ лишь три описанія гемангіомъ влагалища, произведенныя *Maughan* (1891), *Lindfors*'омъ (1909) и *Markus*'омъ (1910). Ни одинъ изъ приведенныхъ авторовъ, однако, не произвелъ микроскопическаго изслѣдованія описанныхъ ими опухолей.

Maughan наблюдалъ множественныя капиллярныя гемангіомы влагалища и малыхъ губъ у женщины 35 лѣтъ; *Lindfors* демонстрировалъ беременныхъ женщинъ съ кавернозными гемангіомами влагалища; наконецъ, *Markus* показалъ женщину съ одиночной синеватаго цвѣта опухолью, расположенной во влагалищѣ позади задней спайки и дававшей отростки въ большія губы. *Markus* предполагалъ, что опухоль была гемангіомой.

Такимъ образомъ, въ литературѣ, повидимому, не имѣется описаній достовѣрныхъ случаевъ гемангіомъ влагалища.

Литература. 1891. **Maughan**. Br.m.J. 29 Aug. см. B. № 36. — 1899. **Gebhard**. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. — 1907. **Покровскій**. см. стр. 371. — 1909. **Lindfors**. Fälle von cavernösem Angiom in der Scheide Schwangerer. Sitzung v. 23. April in der geburtshilfl.-gynäk. Section. Schweden. см. C. Gyn. — 1910. **Markus**. Tumor der Vulva. Gynäk. G. Breslau. 15. XI. см. C. Gyn. 1911. № 9. p. 307. —

3. Гемангіомы матки. Въ маткѣ описано сравнительно большое число сосудистыхъ опухолей. Изъ нихъ опухоли, описанныя *Bell*'емъ 1826, *Lee* 1833, *Krull*'емъ 1836 и *Caswell*'емъ 1838, повидимому, не были изслѣдованы микроскопически.

Болѣе подробно были изслѣдованы случаи *Lebert*'а 1857, *Virchow*'а 1863, *Klob*'а 1864, *Payne* 1869, *Cornil* 1892, *Quénu* 1893, *Boldt*'а 1893, *Дубенскаго* 1894, *Falk*'а 1899, *Sie-*

gel, *Delval и Marie* 1906 и *Покровскаго* 1907. Къ изложенію этихъ случаевъ я и перейду.

Lebert описалъ подъ названіемъ гемангіомы матки опухоль, исходившую изъ задней маточной губы. Однако, микроскопическое изслѣдованіе опухоли обнаружило, кромѣ обильнаго развитія сосудовъ, также и значительное разрастаніе железъ.

Въ виду такой микроскопической картины *Virchow*, а затѣмъ и другіе авторы (*Покровскій* и др.) вполнѣ справедливо причисляютъ опухоль *Lebert*'а къ обыкновеннымъ полипамъ шейки матки.

Virchow только одинъ разъ наблюдалъ кавернозную гемангіому матки. „Ich habe“ говоритъ *Virchow*, „ein einziges Mal eine kirschkerngrosse Geschwulst von rein cavernösem Bau in der Substanz des Uterus gefunden“ [1]).

Klob нашелъ у старухи опухоль ячеистаго строенія, сидѣвшую въ задней стѣнкѣ матки. Подъ микроскопомъ опухоль состояла изъ полостей различной величины, наполненныхъ кровью. Полости раздѣлялись перегородками, состоявшими изъ гладкихъ мышцъ и соединительной ткани. *Klob*'у удалось установить связь опухоли съ близлежавшими венами, а также наличность постепенныхъ переходовъ между тканью опухоли и пограничной тканью стѣнки матки.

Названный авторъ возникновеніе опухоли связывалъ съ бывшимъ въ этомъ мѣстѣ прикрѣпленіемъ послѣда.

Payne описалъ у женщины 25 лѣтъ, одновременно съ гемангіомами яичниковъ, надпочечниковъ и печени, двѣ небольшія кавернозныя гемангіомы матки.

Cornil нашелъ нѣсколько небольшихъ кавернозныхъ гемангіомъ въ слизистой матки. Одновременно съ этимъ больная страдала метритомъ.

Quénu также наблюдалъ „кавернозное перерожденіе“ слизистой матки какъ послѣдствіе хроническаго метрита.

Упомяну, что *Mauclaire и de Bovis* (1896) приводятъ всѣ вышеназванные случаи, но высказываютъ предположеніе, что скорѣе ихъ нужно отнести не къ гемангіомамъ, а къ опухолямъ иного строенія, но богатымъ сосудами.

Boldt былъ принужденъ удалить у больной матку по причинѣ сильнѣйшихъ кровотеченій. Въ передней стѣнкѣ матки былъ найденъ ограниченный участокъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказавшійся состоящимъ изъ кавернозныхъ полостей и многочисленныхъ венозныхъ сосудовъ. Въ своей работѣ *Boldt* не приводитъ подробнаго гистологическаго описанія, а лишь указываетъ, что удаленная имъ опухоль походила на опухоль *Klob*'а (см. выше).

---

[1]) V. p. 398.

Дубенскій изслѣдовалъ кавернозную опухоль влагалищной части матки, найденную при вскрытіи женщины 24-хъ лѣтъ, умершей отъ маточныхъ кровотеченій. Больная была первобеременной на 7-омъ мѣсяцѣ; въ день смерти были произведены искусственные преждевременные роды, послѣ которыхъ, однако, кровотеченія изъ матки не прекратились.

При вскрытіи дѣтское мѣсто было найдено на передней стѣнкѣ матки. Кромѣ того, на внутренней поверхности задней части шейки матки была найдена ткань, похожая на кровяной сгустокъ; размѣры этой ткани 5 cm.×4 cm.×0,5 cm. Соотвѣтственно этой ткани въ толщѣ задней стѣнки шейки матки находилась кавернознаго строенія опухоль, наибольшая толщина которой достигала 2 cm.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль кнаружи была покрыта мышечнымъ слоемъ, кнутри — утолщенной слизистой матки; въ одномъ мѣстѣ вблизи внутренняго зѣва слизистая надъ опухолью отсутствовала (была какъ бы разорвана). Сама опухоль мѣстами состояла изъ большихъ полостей, наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ другъ отъ друга рыхлой тканью, похожей частью на грануляціонную, мѣстами же изъ большого количества параллельно расположенныхъ капилляровъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга тонкими прослойками волокнистой соединительной ткани. Въ пещеристой ткани были найдены какъ артеріальные, такъ и немногочисленные венозные сосуды. Кромѣ того, *Дубенскій* констатировалъ „какъ бы врастаніе пещеристой ткани въ мышечный слой“ [1]).

По мнѣнію *Дубенскаго*, описанная имъ опухоль была кавернозной гемангіомой матки, вѣроятно существовавшая до беременности и начавшая усиленно расти подъ вліяніемъ послѣдней. Смерть больной явилась слѣдствіемъ разрыва слизистой оболочки, покрывавшей опухоль, и кровотеченій изъ послѣдней.

Отмѣчу, что *Дубенскій* указалъ на рѣдкость мѣстонахожденія описанной имъ опухоли, такъ какъ ему въ литературѣ не удалось найти описаній подобныхъ случаевъ.

Siegel, Delval и Marie представили въ парижскомъ анатомическомъ обществѣ матку, удаленную у женщины 34 лѣтъ по поводу сильныхъ кровотеченій. Стѣнки удаленной матки оказались утолщенными и фиброзно перерожденными. Въ полости матки найдена мягкая опухоль, величиною съ большой грецкій орѣхъ, неправильной формы, покрытая кровяными сгустками. Опухоль сидѣла на широкомъ основаніи въ верхней части передней поверхности матки. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась гемангіомой съ чрезвы-

---

[1]) *Дубенскій*. Кавернозная опухоль влагалищной части матки. Сборникъ, посвященный Славянскому. II. С.-Петербургъ. 1894. p. 278

чайно расширенными сосудами. Въ крови сосудовъ были найдены больше кристаллы гемоглобина.

Въ то время какъ цитированные авторы признали изслѣдованную ими опухоль за гемангіому, не высказываясь, однако, относительно того, къ какому виду гемангіомъ они ее причисляють, *Bender* (1906) считаетъ эту опухоль плацентарнымъ полипомъ. Послѣднему автору пришлось наблюдать подобные полипы, которые, по его мнѣнію, легко могутъ симулировать гемангіому. Гемангіомы же матки являются, по *Bender*'у, исключительно рѣдкой находкой: „variété de tumeur absolument exceptionelle“ [1]).

Въ случаѣ *Falk*'а у молодой женщины 24 лѣтъ почти вся шейка матки была превращена въ пещеристую ткань, пронизанную многочисленными расширенными кровеносными сосудами, преимущественно капиллярами и тонкостѣнными венами. Строма состояла изъ мышечной ткани.

Falk'у не удалось установить, имѣло ли въ данномъ случаѣ мѣсто только расширеніе сосудовъ съ послѣдующей атрофіей прилежащей ткани, или же произошло также новообразованіе сосудовъ. *Lubarsch* (1901) считаетъ очень вѣроятнымъ именно послѣднее предположеніе.

Покровскій очень подробно изслѣдовалъ кавернозную гемангіому лѣвой половины тѣла матки у женщины 44 лѣтъ. Опухоль имѣла губчатое строеніе и непосредственно переходила въ ткань стѣнки матки. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило, что опухоль состояла изъ полостей различной величины, преимущественно небольшой, а также изъ перегородокъ между полостями. Содержимымъ послѣднихъ являлась кровь. Полости были выстланы эндотеліемъ и сообщались между собой и съ близлежащими венами. По краямъ опухоли полости имѣли видъ узкихъ щелей. Перегородки, то очень толстыя, то болѣе тонкія, состояли изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ небольшою примѣсью волокнистой соединительной ткани. Мышечные пучки перегородокъ на границѣ опухоли переходили въ мышечные пучки стѣнки матки.

По мнѣнію *Покровскаго*, эта опухоль, очень похожая на опухоль, описанную *Klob*'омъ, была пріобрѣтенная и развилась подъ вліяніемъ какъ ослабленія стѣнокъ матки послѣ девяти разъ беременности, такъ и подъ вліяніемъ разстройства кровообращенія. Полости постепенно образовывались

[1]) *Bender*. Пренія послѣ сообщенія Siegel, Delval и Marie. Angiome utérin. Soc. anat. LXXXI. 6-me Série. T. VIII. № 5. Mai. 1906. p. 404.

изъ маточныхъ венъ путемъ ихъ расширенія. Мышечный характеръ перегородокъ между полостями указываетъ, по мнѣнію автора, на то, что эти перегородки являются остатками мышечной ткани стѣнки матки.

Покровскій причисляетъ описанную имъ опухоль къ настоящимъ кавернознымъ гемангіомамъ и ссылается при этомъ на мнѣніе *Thoma* (1894), *Scheffen*'а (1897) и *Borst*'а (1902). Указанные авторы, какъ говоритъ *Покровскій*, „считаютъ необходимымъ условіемъ для появленія кровеныхъ пещеристыхъ опухолей предварительное расширеніе сосудовъ подъ вліяніемъ повышеннаго давленія крови или застоя“ [1])...

Если сравнить между собой вышеприведенные случаи гемангіомъ матки, то окажется, что почти всѣ тѣ изъ нихъ, которые изслѣдованы микроскопически (случаи *Klob*'а, *Boldt*'а, *Falk*'а и *Покровскаго*), были построены по одному типу. Опухоли въ стѣнкѣ матки состояли изъ наполненныхъ кровью полостей, раздѣленныхъ перегородками. Послѣднія всегда состояли изъ гладкихъ мышцъ, т. е. изъ составныхъ элементовъ стѣнки матки. Полости всегда находились въ связи съ близлежавшими венами матки. Опухоли не имѣли капсулы или рѣзкой границы, но всегда незамѣтно переходили въ окружающую ткань стѣнки матки. Исключеніе составляютъ опухоли, описанныя *Дубенскимъ* и *Siegel*, *Delval и Marie*, при чемъ первый авторъ наблюдалъ, повидимому, истинную гемангіому матки, тогда какъ случаи послѣднихъ трехъ авторовъ является, по мнѣнію *Bender*'а, сомнительнымъ.

Покровскій считаетъ описанную имъ опухоль пріобрѣтенной и приводитъ рядъ соображеній о ходѣ образованія опухоли; *Klob* приведенную имъ опухоль также считаетъ пріобрѣтенной и возникновеніе ея ставитъ въ связь съ обратнымъ развитіемъ той части стѣнки матки, къ которой прикрѣплялось дѣтское мѣсто.

Вопреки мнѣнію *Покровскаго*, причисляющаго описанныя имъ и другими авторами пріобрѣтенныя опухоли матки къ истиннымъ кавернознымъ гемангіомамъ, мнѣ кажется болѣе правильнымъ взглядъ, по которому приведенныя мною вы-

[1]) *Покровскій*. О кровеныхъ сосудистыхъ опухоляхъ половыхъ органовъ. Х. 1907. Т. XXI. № 121. р. 42—73.

ше опухоли матки, описанныя различными авторами (за исключенiемъ опухоли, изслѣдованной *Дубенскимъ*), скорѣе всего являются или эктазiями сосудовъ въ измѣненныхъ стѣнкахъ матки, или богатыми сосудами и сосудистыми пространствами опухолями иного строенiя, лишь симулирующими истинныя гемангiомы этого органа.

Литература. 1826. **Bell**. The principles of surg. London. см. V. 1833. **Lee** Researches on the pathology and treatment of the most important diseases of women. London. см. Покровскiй. — 1836. **Krull**. De natura et causis tumorum fibrosorum uteri. I.D. Groening. см. ibidem. — 1838. **Carswell**. Pathological anatomy. London. см. ibidem. — 1857. **Lebert**. см. стр. 77; V. p. 399. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1864. **Klob**. Pathol. Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien. p. 173. см M.B. p. 185; V. и др. — 1859. **Payne**. Vascular tumours of the liver, suprarenal capsules and other organs. T.P.S.L. XX. см. стр. 306. — 1892. **Cornil**. Soc. anat. см. M.B. p. 185. — 1893. **Quénu**. Soc. chir. см. ibidem. — 1893. **Boldt**. Cavernous angioma of the uterus with specimen and remarks on the method of doing vaginal hysterectomy. Am. J. Obst. XXVIII. p. 834. см. V.I B. 28 II. p. 678 и др. — 1894. **Дубенскiй**. Кавернозная опухоль влагалищной части матки. Сборникъ работъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. К. Ф. Славянскому. II С.-Петербургъ. p. 275–279. — 1894. **Thoma**. см. стр. 78; Покровскiй. p. 70. — 1896. **M.B**. см. стр. 49. — 1897. **Scheffen**. см. стр. 307. — 1899. **Falk**. Ueber eine teleangiektatische Veränderung fast der ganzen cervix uteri. M.f.G. VIII/1. p. 41–49. см. C. Path p. 714; L.O.E. VI. p. 1003. — 1901. **Lubarsch**. Die Geschwülste. In L.O.E. VI. p. 1003. — 1902. **Borst**. см. стр. 49. — 1906. **Siegel, Delval et P. Marie**. Angiome utérin. Soc. anat. LXXXI. 6-me série. T. VIII. № 5. mai. p. 403–404. — 1906. **Bender**. Пренiя къ сообщенiю Siegel, Delval и Marie Ibidem. p. 404–405. — 1907. **Покровскiй**. см. стр. 371.—

---

4. **Гемангiомы яйцеводовъ.** Въ трубахъ опухоли вообще встрѣчаются довольно рѣдко и до 1880 года о нихъ даже почти совсѣмъ не упоминалось. Въ 1899 г. *Daniel* собралъ 35, а въ 1901 г. *Quénu и Longuet*—уже 79 случаевъ первичныхъ опухолей трубъ. Но среди описанныхъ опухолей гемангiомы не упоминаются. Поэтому слѣдуетъ считать, повидимому, единственнымъ въ своемъ родѣ наблюденiе *Devic и Tolot* (1906), описавшихъ у женщины 37 лѣтъ множественныя кавернозныя гемангiомы въ бахромкахъ лѣвой Фаллопiевой трубы. При вскрытiи этой женщины, авторами, кромѣ

того, были найдены единичныя и множественныя кавернозныя гемангіомы различныхъ другихъ органовъ и ангіосаркома твердой мозговой оболочки (см. стр. 273, 323, 362 и др.).

Литература. 1899. **Daniel.** см. Quénu и Longuet. — 1901. **Quénu et Longuet.** Des tumeurs des trompes. R. chir. II. p. 408. — 1906. **Devic et Tolot.** см. стр. 334.

5. Гемангіомы яичниковъ. Нахожденіе гемангіомъ въ *яичникахъ* слѣдуетъ считать рѣдкостью. Такъ, напримѣръ, *Fleischler* (1882) изслѣдовалъ 102 опухоли яичниковъ, удаленныхъ *Schröder*'омъ, *Fontane* (1895) собралъ 190 опухолей яичниковъ, *Blau* (1902) изслѣдовалъ 397 опухолей яичниковъ, оперированныхъ *Czerny* за 25 лѣтъ,—и среди всѣхъ этихъ опухолей не встрѣтилось ни одной гемангіомы. *Mériel* (1910) на французскомъ съѣздѣ гинекологовъ, акушеровъ и педіатровъ въ Тулузѣ въ спеціальномъ докладѣ объ опухоляхъ яичника даже совсѣмъ не упоминаетъ о гемангіомахъ. Въ преніяхъ по поводу доклада *Mériel*'я также о нихъ не было рѣчи. *Jacobson* (1905) цитируетъ цѣлый рядъ учебниковъ („standard text books: *Peaslee*, *Atlee*, *Lawson-Tait*, *Dührssen*, *Martin*, *Schauta*, *Olshausen*, *Virchow*, *Ziegler*, *Rindfleisch*, *Birch-Hirschfeld*, *Veit*"), въ которыхъ, по его словамъ, о гемангіомахъ яичника ничего не сказано.

Изъ авторовъ, которые упоминаютъ о возможности нахожденія гемангіомъ въ яичникѣ, я укажу только на *Gebhard*'а (1899), который цитируетъ случаи *Markwald*'а, *Orth*'а и *Stamm*'а, и на *Pfannenstiel*'я (1905), который сказалъ, что гемангіомы яичника очень рѣдки.

До настоящаго времени гемангіомы яичниковъ описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Wardrop*, *Romberg*, *Payne* 1869, *Gottschalk* 1888, *Dixon Jones* 1889, *Stamm* 1891, *Orth* 1893, *Markwald* 1894, *Ricketts* 1905 и *Jacobson* [1]) 1905.

---

[1]) Укажу на ошибку въ рефератѣ работы *Jacobson*'а въ C.Chir. 1906. p. 472. Тамъ сказано, что *Jacobson* привелъ изъ литературы 26 случаевъ простыхъ гемангіомъ яичника, тогда какъ названный авторъ привелъ 26 случаевъ *кровоизліяній* въ ткань яичника или изъ послѣдняго въ брюшную полость: „haemorrhage into or from the ovary". (*Jacobson*. Angioma simplex etc. The Post-Graduate. 1905. XX. № 1. p. 19).

Относительно строенія опухолей, описанныхъ *Wardrop*'омъ, *Romberg*'омъ, *Dixon Jones*'омъ, *Orth*'омъ и *Ricketts*'омъ, мнѣ не удалось найти сколько нибудь точныхъ указаній.

Что касается остальныхъ случаевъ гемангіомъ яичника, то я въ нижеслѣдующемъ привожу свѣдѣнія, сдѣлавшіяся мнѣ извѣстными о каждомъ изъ нихъ.

Payne описалъ у женщины 25 л. множественныя кавернозныя гемангіомы въ различныхъ органахъ живота (см. стр. 376), между прочимъ, и въ обоихъ яичникахъ.

Причиной образовнія гемангіомъ авторъ считаетъ сдавленіе брюшныхъ венъ.

Gottschalk удалилъ у женщины 28 лѣтъ матку съ придатками. Оба яичника оказались увеличенными: правый вдвое противъ нормы, лѣвый еще больше. Оба яичника имѣли губчатое строеніе и состояли изъ полостей, наполненныхъ кровью. При микроскопическомъ изслѣдованіи, полости оказались расширенными капиллярами. Строма состояла изъ плотной соединительной ткани съ небольшой примѣсью гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ.

Указанныя измѣненія въ яичникахъ *Gottschalk* называетъ „cavernöse Metamorphose" и ихъ происхожденіе объясняетъ слѣдующимъ образомъ. Подъ вліяніемъ хроническаго воспаленія въ яичникѣ сначала развивается молодая соединительная ткань, которая затѣмъ постепенно сморщивается и обусловливаетъ, благодаря этому, расширеніе сосудовъ.

Gottschalk, какъ мы видимъ, заимствуетъ объясненіе у *Rindfleisch*'а, по мнѣнію котораго такимъ образомъ происходитъ образованіе вообще кавернозныхъ гемангіомъ (см. стр. 31).

Stamm изслѣдовалъ множественныя простыя гемангіомы у четырехмѣсячной дѣвочки. Гемангіомы находились въ кожѣ, мышцахъ, лѣвомъ легкомъ, селезенкѣ, тонкой кишкѣ, правой голосовой связкѣ, въ головномъ мозгу и въ обоихъ яичникахъ. Въ послѣднихъ гемангіомы располагались на ихъ внутренней сторонѣ и занимали въ лѣвомъ яичникѣ его половину, а въ правомъ - его четверть. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены капилляры, сильно расширенные до величины большихъ полостей; послѣднія располагались главнымъ образомъ въ периферическихъ частяхъ яичниковъ, именно по окружности фолликуловъ. Кромѣ того *Stamm* нашелъ въ ткани яичниковъ растянутыя кровью лимфатическія щели и кровоизліянія.

Markwald описалъ гемангіому праваго яичника у женщины 22-хъ лѣтъ. Опухоль находилась на медіальной сторонѣ яичника, увеличеннаго вдвое. Она состояла изъ полостей, наполненныхъ кровью и выстланныхъ однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ.

Отмѣчу, что *Lubarsch* (1901) выразилъ сомнѣніе въ томъ, что опухоль, описанная *Markwald*'омъ, дѣйствительно является новообразованіемъ.

Jacobson удалилъ у 35-лѣтней женщины правый яичникъ съ опухолью, величиной 4 mm. × 3 mm., явившейся источникомъ сильнѣйшаго внутренняго кровотеченія. Кромѣ этой опухоли, въ томъ же яичникѣ было найдено еще нѣсколько небольшихъ кистъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли, произведенномъ *Brooks*'омъ, оказалось, что послѣдняя состояла изъ большой, спавшейся полости, расположенной на поверхности яичника такимъ образомъ, что опухоль была связана съ яичникомъ только своимъ основаніемъ. Стѣнкой этой полости оказалась ткань яичника. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ опухоль была связана съ яичникомъ, имѣлось соединительнотканное утолщеніе, пронизанное участками кровоизліяній и громаднымъ количествомъ расширенныхъ и наполненныхъ кровью сосудистыхъ трубокъ. Послѣднія не обладали собственными стѣнками, а были расположены среди стромы яичника. *(?)* Стѣнка большой полости въ этомъ мѣстѣ по строенію напоминала, по *Jacobson*'у, простую ангіому. „In fact", говоритъ этотъ авторъ, „the blood was here arranged as in an angioma simplex except that there was no well defined vascular structure" [1]). На мѣстѣ описаннаго утолщенія видно, какъ въ него изъ ткани яичника входитъ довольно крупный артеріальный сосудъ. Большая полость изнутри была выстлана высокимъ эпителіемъ („columnar epithelial cells" [2]). Сама полость, по мнѣнію *Brooks*'а, по всей вѣроятности произошла изъ расширеннаго фолликула Граафа.

На основаніи приведеннаго результата микроскопическаго изслѣдованія трудно согласиться съ мнѣніемъ *Jacobson*'а, что описанное имъ образованіе принадлежитъ къ сосудистымъ опухолямъ вообще и къ простымъ гемангіомамъ въ частности. Противъ подобнаго объясненія говоритъ хотя бы то обстоятельство, что авторъ не наблюдалъ капиллярныхъ сосудовъ, а лишь какія то трубки, заложенныя среди клѣтокъ стромы яичника.

Сравнивая между собой приведенные мною изъ литературы случаи гемангіомъ яичника, оказывается, что болѣе или менѣе подробно изслѣдованы только три опухоли, названныя авторами кавернозными гемангіомами, и двѣ, причисленныя ими къ простымъ ангіомамъ. Ни въ одномъ изъ перечисленныхъ случаевъ не указывается, что опухоль бы-

---

[1]) *Jacobson*. l. c. p. 34.

[2]) *Jacobson*. l. c. ibidem.

ла врожденной. Всѣ авторы приводятъ различныя объясненія внѣутробнаго развитія опухолей, имѣя въ виду то застоіі крови, то ретракцію сосудистыхъ стѣнокъ соединительной тканью, то необычное развитіе Граафовыхъ фолликуловъ.

Что касается вопроса о томъ, что собственно представляютъ собою описанныя опухоли яичниковъ, то для кавернозныхъ опухолей мнѣ кажется наиболѣе вѣроятнымъ мнѣніе *Gottschalk*'а, видѣвшаго въ изслѣдованной имъ опухоли не истинное новообразованіе, а лишь „кавернозное перерожденіе". Опухоль, описанная *Stamm*'омъ, повидимому, является гемангіомой, тогда какъ опухоль, описанная *Jacobson*'омъ, несомнѣнно, должна быть исключена изъ отдѣла сосудистыхъ опухолей.

Литература. 1869. **Payne.** см. стр. 306 и 380. — 1882. **Fleischler.** Zur Pathologie des Ovariums. Z. f. Geb. VII. p. 434. см. V.I.B. 17. — 1888. **Gottschalk.** Ein Fall von cavernöser Metamorphose der Ovarien. A.f.G. XXXII. p. 234. — 1889. **Dixon Jones.** N.Y.med.J. 28 Sept. см. M.B p. 186. — 1891. **Stamm.** см. стр. 64. — 1893. **Orth** Spezielle pathologische Anatomie. II. p. 572. — 1894. **Markwald.** Ein Fall von Angioma cavernosum ovarii. V.A. 137. p. 175—178. — 1895. **Fontane.** Zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten des Eierstocks. I.D. Berlin. см. V.I.B. — 1899. **Gebhard.** см. стр. 375. — 1901. **Lubarsch.** см. стр. 380. — 1902. **Blau.** Beiträge zur Klinik und operativen Behandlung der Ovarialtumoren. A. Chir. 34. — 1905. **Ricketts.** Ovarian angioma. N.Y. med. J. and Philad. med. J. LXXXI. p. 163. см. L.O.E. XII. p. 393; Покровскій; Jacobson. — 1905. **Pfannenstiel.** Über Ovarialgeschwülste. XI Kongress d. deutschen G. f. Gyn. Kiel. 13. VI. см. C. Path. p. 601. — 1905. **Jacobson.** Angioma simplex of the ovary. Rupture causing death. The Post-Graduate. XX. № 1. January. p. 18—35. — 1910. **Mériel.** Солидныя опухоли яичника. Докладъ на VI французск. конгрессѣ гинекологіи, акушерства и педіатріи. Тулуза. 22—27 Сент. Реф. см. Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней 1911. XXVI. — **Wardrop, Romberg, Peaslee, Schauta, Olshausen, Veit, Virchow, Ziegler, Rindfleisch, Birch-Hirschfeld.** см. Jacobson. —

---

6. Гемангіомы маточныхъ связокъ. Въ *круглыхъ связкахъ* матки опухоли встрѣчаются рѣдко. *Sänger* (1882) собралъ всего 12, *Guinard* (1898)—18, а *Emanuel* (1903)—80 первичныхъ новообразованій круглыхъ связокъ. Гемангіомъ среди нихъ не было. *Chevassu* (1910) и *Zur Mühlen* (1910) о нихъ также не упоминаютъ.

Въ *широкихъ связкахъ* матки опухоли встрѣчаются нѣсколько болѣе часто, чѣмъ въ круглыхъ. Такъ, напримѣръ, *Хомякова* (1911) упоминаетъ о 186 случаяхъ первичныхъ фиброміомъ широкихъ связокъ. О сосудистыхъ опухоляхъ въ послѣднихъ упоминаетъ только *Camelot* (1898), который описалъ ангіо-фиброму широкихъ связокъ, вѣсомъ въ 15 kg. Къ сожалѣнію, его работа въ оригиналѣ мнѣ не была доступна.

Такимъ образомъ, чистыя гемангіомы въ маточныхъ связкахъ, повидимому, не наблюдались.

Литература. 1882. **Sänger**. см. Emanuel. — 1898. **Guinard**. Tumeurs extraabdominales du ligament rond. Revue de chirurgie. p. 63. — 1898. **Camelot**. Angio-fibrome du ligament large de 15 kilos. Ablation suivie d'hystérectomie totale, guérison. J. des sciences méd. de Lille. № 20. см. C. Path. — 1903. **Emanuel**. Ueber Tumoren des ligamentum rotundum uteri. Z. f. Geb. XLVIII. p. 383—427. — 1910. **Chevassu**. Les tumeurs du ligament rond. R. gyn. XIV. № 6. — 1910. **Zur Mühlen**. Ein Fibromyom des Ligamentum rotundum uteri. C. Gyn. № 26. p. 877. — 1911. **Хомякова**. Къ казуистикѣ первичныхъ фиброміомъ ligamenti lati. Сборникъ въ честь проф. Образцова. Кіевъ. см. C. Gyn. № 49. —

Резюмируя представленныя мною свѣдѣнія о гемангіомахъ женскихъ половыхъ органовъ, нужно сказать, что среди всѣхъ упомянутыхъ мною сосудистыхъ опухолей *внутреннихъ* половыхъ органовъ, повидимому, почти не было несомнѣнныхъ чистыхъ гемангіомъ. Большинство опухолей, описанныхъ различными авторами подъ этимъ названіемъ, принадлежитъ къ образованіямъ вторичнымъ, лишь симулирующимъ истинныя гемангіомы. Исключеніями являются, можетъ быть, только случаи *Payne*, *Devic и Tolot*, *Stamm*'а, *Orth*'а (помѣщенный въ его учебникѣ) и *Дубенскаго*.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что на основаніи имѣющихся столь скудныхъ данныхъ невозможно придти къ окончательному рѣшенію вопроса какъ о самомъ существованіи, такъ и, тѣмъ болѣе, о патологической анатоміи гемангіомъ внутреннихъ половыхъ органовъ у женщинъ. Для этого нужны новыя наблюденія съ подробнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ опухолей.

Гемангіомы *наружныхъ* половыхъ органовъ по своему строенію не отличаются, повидимому, отъ наружныхъ гемангіомъ другихъ областей человѣческаго тѣла и представляютъ интересъ лишь по своей локализаціи.

C. Гемангіомы грудныхъ железъ.

Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки въ области грудныхъ железъ. Казуистика гемангіомъ соска и околососковаго кружка. Частота нахожденія опухолей вообще и гемангіомъ грудныхъ железъ у взрослыхъ мужчинъ и женщинъ и у дѣтей. Казуистика гемангіомъ грудныхъ железъ. Распредѣленіе гемангіомъ грудныхъ железъ по полу и возрасту заболѣвшихъ. Макро-и микроскопическая картина и этіологія гемангіомъ грудныхъ железъ.

1. Гемангіомы кожи и подкожной клѣтчатки въ области грудныхъ железъ. Упомянутыя опухоли, по свидѣтельству авторовъ (*Delbet* 1898 и др.), ничѣмъ не отличаются отъ подобныхъ опухолей покрововъ другихъ мѣстъ туловища (см. стр. 137).

2. Гемангіомы соска и околососковаго кружка. Опухоли соска и околососковаго кружка, по *Billroth*'у (1880), чрезвычайно рѣдки. *Creite* (1911) сообщилъ изъ литературы свѣдѣнія о 28 опухоляхъ этой области, а *Дитерихсъ* (1901) о 40. Въ числѣ послѣднихъ оказалось пять гемангіомъ, а именно случаи *Langenbeck*'а 1834, *Image и Hake* 1847, *Jamain и Terrier* 1882, *Bland-Sutton*'а 1888 и *Sendler*'а 1893.

Микроскопическое изслѣдованіе описанныхъ опухолей было произведено, насколько мнѣ извѣстно, въ случаяхъ *Image и Hake*, *Bland-Sutton*'а и *Sendler*'а.

Image и Hake изслѣдовали у дѣвушки 21 года большую сосудистую опухоль непосредственно надъ лѣвымъ соскомъ. Впослѣдствіи эта опухоль заняла почти всю железу и состояла изъ расширенныхъ венъ, образовавшихъ мѣстами мѣшковидно расширенныя полости.

Однако, *Malapert и Morichau-Beauchant* (1904) считаютъ этотъ случай сомнительнымъ и причисляютъ опухоль, описанную *Image и Hake*, къ цирсоиднымъ аневризмамъ.

Bland-Sutton описалъ небольшую сосудистую опухоль, удаленную изъ области праваго соска у семнадцатилѣтняго молодого человѣка. Уже при рожденіи, на мѣстѣ, гдѣ позже развилась опухоль, было замѣтно небольшое красное родимое пятно. При микроскопическомъ из-

слѣдованіи, опухоль оказалась кавернозной гемангіомой. Между кровеносными полостями найдено большое количество жировой ткани. Нѣсколько глубже, подъ опухолью, находилась еще другая небольшая сосудистая опухоль, въ центрѣ которой была небольшая киста съ серознымъ содержимымъ. Стѣнка этой кисты состояла изъ ангіоматозной ткани, похожей, по строенію, на кавернозныя тѣла уретры *(?)*.

Наконецъ, *Sendler* подробно описалъ опухоль, показанную имъ въ 1889 г. на съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ.

У дѣвицы 45 лѣтъ авторомъ была удалена бугристая опухоль (ея размѣры: 1,5 cm.×6 cm.×5 cm.), сидѣвшая около праваго соска на тонкой ножкѣ, длиною въ 1 cm. Микроскопическое изслѣдованіе (*Aufrecht*) обнаружило кавернозную гемангіому. Опухоль состояла изъ довольно мощныхъ тяжей соединительной ткани, среди которыхъ располагались многочисленныя полости, наполненныя кровью.

Sendler считаетъ описанную имъ опухоль врожденной. Свой случай авторъ приводитъ какъ единственный въ литературѣ.

3. Гемангіомы грудныхъ железъ. Опухоли грудныхъ железъ встрѣчаются у женщинъ часто, у мужчинъ же значительно рѣже. *Williams* (1889) пробовалъ выяснить относительную частоту опухолей грудныхъ железъ на матеріалѣ изъ четырехъ англійскихъ больницъ. Оказалось, что изъ 15481 случая опухолей различныхъ областей человѣческаго тѣла встрѣтились 2422 (т. е. 15%) опухоли грудныхъ железъ (2397 у женщинъ и только 25, т. е. 1%, у мужчинъ). Доброкачественныя опухоли грудныхъ железъ оказались у женщинъ въ 444 случаяхъ (18%), а у мужчинъ—въ 6 случаяхъ (24%). Гемангіома грудной железы изъ общаго числа опухолей была найдена лишь одинъ разъ — у мужчины. Такое же отношеніе между опухолями мужскихъ и женскихъ грудныхъ железъ нашелъ *Redaelli* (1909). По мнѣнію этого автора, первыя составляютъ лишь 1,36% вторыхъ. *Schuchardt* (1884, 1885, 1886, 1890) въ рядѣ работъ собралъ всѣ описанные въ литературѣ случаи опухолей грудныхъ железъ у мужчинъ и въ общемъ итогѣ нашелъ 472 такихъ опухолей. Въ своей послѣдней работѣ авторъ цитируетъ приведенную выше статью *Williams*'а. Среди же 472 опухолей, собранныхъ *Schuchardt*'омъ, не было ни одной гемангіомы. *Finsterer* (1906) собралъ изъ литературы данныя объ оперированныхъ разными хирургами опухоляхъ женской грудной железы; всего имъ собрано 1357 случая, при чемъ гемангіомъ среди нихъ

не наблюдалось ни разу. Тотъ-же *Finsterer* (1906) собралъ свѣдѣнія объ опухоляхъ мужской грудной железы, встрѣтившихся за 29 лѣтъ въ вѣнской хирургической клиникѣ *Billroth*'a, *Gussenbauer*'a и *Hochenegg*'a. Всего опухолей мужской грудной железы онъ нашелъ одиннадцать, что составляло 1,59% общаго числа опухолей грудныхъ железъ, наблюдавшихся въ упомянутой клиникѣ. О гемангіомахъ *Finsterer* совершенно не упоминаетъ. *Sick* (1906) интересовался опухолями грудной железы, наблюдавшимися за 25 лѣтъ въ больницѣ Eppendorf въ Гамбургѣ. Всего такихъ опухолей оперировано было 732, въ числѣ которыхъ одна у мужчины оказалась гемангіомой. Наконецъ, *Gangitano* (1909) указалъ, что опухоли грудныхъ железъ у мужчинъ встрѣчаются не часто и что доброкачественныя формы этихъ опухолей описаны не болѣе, чѣмъ въ 80 случаяхъ. О гемангіомахъ *Gangitano* ничего не говоритъ.

Изъ приведенныхъ статистическихъ данныхъ видно, что доброкачественныя опухоли грудныхъ железъ встрѣчаются не часто, у мужчинъ рѣже, чѣмъ у женщинъ, и что у взрослыхъ гемангіомы грудныхъ железъ являются чрезвычайно рѣдкой находкой.

У дѣтей, согласно указаніямъ *Jopson*, *Speese и White* (1908), опухоли грудной железы были найдены всего въ 21 случаѣ. Значительную часть этихъ опухолей составляли гемангіомы, которыя, въ числѣ шести, описали слѣдующіе авторы: *Bryant* 1881, *Williams* 1889, *Bajardi* 1892, *Althorp* 1901, *Malapert и Morichau-Beauchant* 1904 и *Colzi* (годъ опубликованія работы этого автора въ доступномъ для меня рефератѣ ея не указанъ).

Гемангіомы грудной железы были особенно подробно изучены *Malapert и Morichau-Beauchant*, которые собрали изъ литературы 13 случаевъ такихъ опухолей и прибавили къ нимъ одинъ собственный. Четыре изъ тринадцати случаевъ упомянутые авторы считаютъ сомнительными. Изъ оставшихся достовѣрныхъ, по ихъ мнѣнію, девяти случаевъ, по моему мнѣнію, можно лишь относительно пяти изъ нихъ (случаи *Bryant*, *Althorp*, *Bajardi*, *Colzi* и *Malapert и Morichau-Beauchant*) сказать съ увѣренностью, что опухоли первично локализировались въ самой железѣ.

Переходя теперь къ описанію собранныхъ мною изъ доступной для меня литературы случаевъ гемангіомъ грудныхъ железъ, я долженъ оговориться, что въ цѣломъ рядѣ этихъ случаевъ о микроскопическомъ ихъ изслѣдованіи ничего не сказано. Поэтому, я ограничусь приведеніемъ лишь фамилій тѣхъ авторовъ, которые діагнозъ гемангіомы поставили, насколько мнѣ извѣстно, только на основаніи клиническихъ признаковъ.

Слѣдующіе авторы описали гемангіомы грудныхъ железъ главнымъ образомъ съ клинической стороны: *Alibert* 1817, *Langenbeck* 1834, *Asmus* 1838, *Klebs* 1869 (два случая), *Cooper Forster* 1873, *Bryant* 1881, *Williams* 1887 (два случая), *Snow* 1890, *Delbet* 1898.

Совершенно недоступными (даже въ рефератахъ) оказались для меня работы *Matthias*'а 1897, *Taddei* 1904 и *Cornil*'я 1908.

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ было произведено болѣе или менѣе обстоятельное микроскопическое изслѣдованіе гемангіомъ грудной железы. Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Bajardi* 1892, *Wullstein* 1893, *Colzi*, *Althorp* 1901, *Malapert и Morichau-Beauchant* 1904, *Sick* 1906, *Devic и Tolot* 1906, *Quénu и Küss* 1908 и *Carl* 1911. Къ разсмотрѣнію этихъ случаевъ я и перехожу.

Bajardi описалъ врожденную опухоль правой грудной железы у двухлѣтней дѣвочки. За первый годъ существованія этой опухоли, она выросла до величины крупнаго грецкаго орѣха, въ теченіи второго года она стала расти скорѣе и достигла уже величины мандарина. Удаленная оперативнымъ путемъ, она оказалась дольчатой и мѣстами окруженной капсулой, которая въ видѣ сплошного слоя фиброзной соединительной ткани отдѣляла ее отъ подкожной ткани соска и areolae. Въ глубокихъ частяхъ опухоли еще сохранились элементы грудной железы. Сама опухоль состояла изъ гипертрофированныхъ кровеносныхъ сосудовъ и представляла типичное строеніе простой гипертрофической гемангіомы (haemangioma simplex hypertrophicum).

Wullstein изслѣдовалъ врожденную опухоль грудной железы у ребенка. Микроскопическій діагнозъ: angioma simplex hyperplasticum.

Colzi изслѣдовалъ опухоль правой грудной железы, существовавшую у десятилѣтняго мальчика. Опухоль все время росла и захватила также сосокъ. При микроскопическомъ ея изслѣдованіи, была найдена простая гемангіома лишь съ ничтожными остатками элементовъ железы между новообразованными сосудами (атрофія железы отъ давленія).

Althorp наблюдалъ громадную опухоль правой грудной железы у мальчика 7 лѣтъ. За 2 недѣли до операціи произошла травма въ области опухоли, послѣдняя сразу увеличилась въ объемѣ, а затѣмъ стала расти еще быстрѣе. По удаленіи опухоли, она оказалась дольчатой и содержала рядъ маленькихъ и одну большую кисту съ кровянистымъ содержимымъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Enrich*), опухоль состояла изъ кавернозной ткани и гладкихъ мышцъ. Діагнозъ: angioma cavernosum.

Malapert и *Morichau-Beauchant* очень подробно изслѣдовали опухоль правой грудной железы, удаленную у двѣнадцатилѣтней дѣвочки. Родные впервые замѣтили утолщеніе въ области железы недѣли черезъ двѣ послѣ рожденія. Съ 5—6-лѣтняго возраста дѣвочки опухоль стала медленно, но постепенно разрастаться и ко времени операціи достигла величины апельсина. Опухоль не была сращена съ кожей и не имѣла капсулы. По удаленіи опухоль оказалась бугристой, имѣла кавернозное строеніе и содержала 3 кисты (двѣ маленькія и одну большую, величиной съ небольшой мандаринъ), наполненныя темной серозно-кровянистой жидкостью. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ полостей различной величины, выстланныхъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью. Полости раздѣлялись между собою тонкими перегородками, состоявшими изъ соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоли особыхъ перегородокъ не было видно, а полости располагались въ плотной стромѣ, также состоявшей изъ соединительной ткани и широкихъ участковъ гладкой мышечной ткани. Около кистъ были видны скопленія круглыхъ клѣтокъ по окружности сосудовъ и тяжи гладкихъ мышцъ внѣ стѣнокъ сосудовъ. Въ центрѣ опухоли, развившейся, по мнѣнію авторовъ, изъ фиброзно-жировой стромы железы, не удалось замѣтить никакихъ остатковъ железистой ткани, которая была видна лишь въ периферическихъ отдѣлахъ опухоли, ближе къ соску. Кисты, по словамъ авторовъ, указываютъ на обратное развитіе опухоли.

Sick у молодого человѣка 17 лѣтъ наблюдалъ опухоль грудной железы, достигшую въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ величины головы младенца. Опухоль имѣла бугристый видъ и занимала всю железу, но не была сращена съ сильно растянутой надъ ней кожей. При операціи были найдены большія полости съ кровянымъ содержимымъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало гемангіому (въ рефератѣ не указано, какого она была характера) съ остатками элементовъ грудной железы.

Devic и *Tolot* нашли у женщины 37 лѣтъ при вскрытіи кавернозное перерожденіе всей лѣвой груди („transformation angiomateuse du sein gauche“)[1]. Въ перегородкахъ между полостями открывались мно-

---

[1]) *Devic* и *Tolot*. Un cas d'angiosarcome des méninges etc. R. méd. XXVI. № 3. p. 256.

гочисленныя гладкія мышечныя клѣтки. Кромѣ того были найдены кавернозныя гемангіомы другихъ органовъ (стр. 273, 323 и 362) и ангіосаркома оболочекъ спинного мозга.

Quénu и Küss демонстрировали гемангіому грудной железы, удаленную у 23-лѣтней женщины. Опухоль достигала величины куринаго яйца и при микроскопическомъ изслѣдованіи представляла строеніе кавернозныхъ тѣлъ полового члена.

Наконецъ, *Carl* изслѣдовалъ гемангіому лѣвой грудной железы, удаленную у дѣвицы 22-хъ лѣтъ. Опухоль, замѣченная уже въ дѣтствѣ, была величиной съ орѣхъ и не увеличивалась въ объемѣ. Послѣдніе три года она была болѣзненна. По удаленіи опухоли, въ центрѣ ея оказалась киста съ кровянымъ содержимымъ. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли показало, что по периферіи она была окружена плотной соединительнотканной капсулой. Сама опухоль состояла изъ многочисленныхъ небольшихъ сосудистыхъ полостей различной формы. Въ стѣнкахъ многихъ полостей можно было различить эндотелій и медію, но въ большинствѣ полостей стѣнки состояли лишь изъ одного слоя эндотеліальныхъ клѣтокъ. Между полостями была видна межуточная ткань опухоли въ видѣ тоненькихъ прослоекъ волокнистой соединительной ткани. Въ заключеніе *Carl* даетъ описанной имъ опухоли названіе „haemangioma mammae congenitum".

Резюмируя вышеизложенное, нужно сказать, что достовѣрныхъ случаевъ гемангіомъ соска и грудной железы, въ которыхъ клиническій діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, въ доступной для меня литературѣ имѣется одиннадцать (случаи *Bland-Sutton*, *Sendler*, *Bajardi*, *Wullstein*, *Colzi*, *Althorp*, *Malapert и Morichau-Beauchant*, *Sick*, *Devic и Tolot*, *Quénu и Küss* и *Carl*).

Распредѣленіе по возрасту и полу лицъ, у которыхъ были найдены гемангіомы грудныхъ железъ, представлено мною въ таблицѣ XXVI (см. стр. 392).

Оказывается, что оба пола заболѣваютъ одинаково часто. Большинство опухолей наблюдалось у молодыхъ субъектовъ. Въ четырехъ случаяхъ опухоли были замѣчены уже при рожденіи, а въ трехъ — съ малолѣтства (въ случаѣ *Malapert и Morichau-Beauchant* — со второй недѣли жизни). Интересно отмѣтить, что изъ восьми опухолей, локализація которыхъ была указана, шесть найдены были справа и только двѣ—слѣва. Всѣ опухоли были единичныя. Большинство авторовъ указываетъ, что опухоли росли довольно быстро, при чемъ въ случаѣ *Althorp*'а ускореніе роста опухоли было связано съ травмой. Только *Carl* отмѣчаетъ, что въ описан-

номъ имъ случаѣ до 22-лѣтняго возраста опухоль сохранила первоначальную свою величину. Величина опухолей была различная: отъ величины орѣха (*Carl*) до величины куринаго яйца (*Quénu и Küss*), апельсина (*Malapert*) и даже дѣтской головки (*Sick*). На ножкѣ была лишь одна опухоль (*Sendler*'а).

Таблица XXVI.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ					Всего
	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	
мужч.	1	3	—	—	1	5
женщ.	1	1	2	1	—	5
неизвѣст.	1	—	—	—	—	1
Итого .	3	4	2	1	1	11

Подъ *микроскопомъ* обѣ опухоли *соска* имѣли строеніе кавернозныхъ гемангіомъ. Опухоль *Bland-Sutton*'а разрасталась, повидимому, и вглубь, такъ какъ среди полостей были найдены остатки выводныхъ протоковъ грудной железы.

Опухоли собственно *грудной железы* въ четырехъ случаяхъ (сл. *Bajardi*, *Wullstein*'а, *Colzi* и *Carl*'а) оказались простыми гемангіомами, а въ остальныхъ—кавернозными. Опухоли, описанныя *Sick*'омъ и *Devic и Tolot*, мною причисляются также къ кавернознымъ гемангіомамъ.

Простыя гемангіомы въ двухъ случаяхъ (*Bajardi*, *Carl*) были отдѣлены отъ окружающихъ тканей соединительнотканной капсулой и состояли изъ сосудовъ мелкаго калибра. Въ двухъ случаяхъ (*Bajardi*, *Wullstein*) опухоли принадлежали къ гипертрофической формѣ гемангіомъ.

Кавернозныя гемангіомы не имѣли капсулы и въ ткани железы обычно распространялись диффузно. Во всѣхъ случаяхъ были найдены среди полостей и кисты различныхъ

размѣровъ. *Malapert и Morichau-Beauchant* связывали образованіе такихъ кистъ съ обратнымъ развитіемъ гемангіомъ. Въ процессѣ образованія кровянистыхъ кистъ въ гемангіомахъ, повидимому, имѣютъ нѣкоторое значеніе предшествующія травмы. На это указываетъ случай *Althorp*'а: опухоль за двѣ недѣли до операціи подъ вліяніемъ удара въ грудь сразу значительно увеличилась въ объемѣ. При изслѣдованіи этой опухоли были найдены нѣсколько небольшихъ и одна большая киста съ кровянистымъ содержимымъ. Связь между полученнымъ ударомъ и образованіемъ этой большой кисты, по моему мнѣнію, весьма вѣроятна.

Значительный интересъ представляетъ присутствіе въ сосудистыхъ опухоляхъ гладкой мышечной ткани, отмѣченное *Althorp*'омъ, *Malapert и Morichau-Beauchant* и *Devic и Tolot*. О происхожденіи этой ткани авторы ничего не говорятъ.

Malapert и Morichau-Beauchant кромѣ того нашли гнѣздныя скопленія круглыхъ клѣтокъ около сосудовъ и приписываютъ, въ согласіи съ *Шервинскимъ* (1885) и *Pilliet* (1894), этимъ клѣткамъ важную роль въ новообразованіи сосудовъ *(?)*.

Что касается ткани самой грудной железы, то всѣ авторы указываютъ на то, что въ центральныхъ участкахъ гемангіомъ грудной железы элементы послѣдней никогда не наблюдаются. Лишь въ периферическихъ отдѣлахъ опухолей открываются остатки железистой ткани, чаще всего выводные протоки. Гемангіомы грудныхъ железъ, по предположенію тѣхъ же авторовъ, развиваются въ соединительнотканной стромѣ железы, растутъ обычно диффузно и давленіемъ обусловливаютъ атрофію сперва секреторныхъ отдѣловъ железы, а затѣмъ и ея выводныхъ протоковъ.

Въ отношеніи *этіологіи* гемангіомъ грудной железы важно отмѣтить, что почти всѣ онѣ являются завѣдомо врожденными. Имѣя въ виду ихъ врожденное происхожденіе, можно связать образованіе большинства гемангіомъ грудной железы съ неправильностями закладки какого-нибудь сосудистаго участка въ утробной жизни. Другими словами, большинство гемангіомъ грудной железы, по всей вѣроятности, должно быть причислено къ гамартомамъ.

Литература. 1817. **Alibert.** см. стр. 8. — 1834. **Langenbeck.** Nosologie u. Therapie der chirurgischen Krankheiten. Göttingen. V. p. 83. см. Дитерихсъ и Malapert и Morichau-Beauchant. — 1838. **Asmus.** Blutung durch die Brustwarzen einer nährenden Frau. Wochenschr. f. die ges. Heilkunde. № 46. см. Дитерихсъ. — 1847. **Image and Hake.** Case of enlargement of the left mamma. Med.-chir. T. London. XXX. p. 105. см. Le Dentu и Delbet. VII и др. — 1869. **Klebs.** Handbuch d. pathol. Anatomie. Berlin. 1/2 p. 1194. см. Malapert и Morichau-Beauchant. — 1873. **Cooper Forster.** Guy's Hosp. Rep. XVIII. p. 54. см. Дитерихсъ. — 1880. **Billroth** Die Krankheiten der Brustdrüsen. Deutsche Chirurgie. 41. — 1881. **Bryant.** Diseases of the breast. London. Wood's monogr. IV. p. 345. см. Malapert и Morichau-Beauchant. — 1882. **Jamain et Terrier.** Pathologie et clinique chirurgicale. см. ibidem. — 1885. **Schuchardt.** Zur Casuistik und Statistik der Neubildungen in der männlichen Brust. A. Chir. XXXI. p. 1—58. — 1885. **Онъ-же.** Weitere Mitteilungen zur Casuistik u. Statistik der Neubildungen in der männlichen Brust. A. Chir. XXXII. p. 277. — 1885. **Chervinsky.** см. стр. 306. — 1886. **Schuchardt.** Weiterer Fall v. Krebs der männlichen Brustdrüse. A. Chir. XXXIII. p. 529. — 1887. **Онъ-же.** То же. A. Chir. XXXV. p. 230. — 1887. **Williams.** Middlesex hosp. surg. reports. см. Malapert и Morichau-Beauchant. — 1888. **Bland-Sutton.** A case of erectile tumour of the male breast. T. of the clinic. Soc. London. XXII. p. 187. см. ibidem. — 1889. **Williams.** Cancer of the male breast based on the records of hundred cases. L. II. Aug. 10. p. 261; Aug. 17. p. 310. см. Schuchardt (1890). — 1890. **Schuchardt.** Weitere Mitteilungen zur Casuistik und Statistik der Neubildungen in der männlichen Brust (Neue Folge). A. Chir. XLI. p. 65. — 1890. **Snow.** Two unusual cases of mammary tumours. L. I. p. 240. см. Malapert и Morichau-Beauchant и др. — 1892. **Bajardi.** Contributo allo studio dei tumori rari della mamella. S. III. p. 250. см. ibidem. — 1893. **Sendler.** Mitteilungen aus d. chir. Abtheilung der Kahlenberg-Stiftung zu Magdeburg. 2. Zur Casuistik der cavernösen Angiome. Ein Angioma pendulum der Mamilla. D. Z. Chir. XXXVI. p. 539. — 1893. **Wullstein.** Beiträge zur Geschwulstlehre. Festschrift f. Virchow. p. 253—257. см. V.I.B. — 1894. **Pilliet.** Soc. anat. Déc. p. 1006. см. Malapert и Morichau-Beauchant. — 1897. **Matthias.** Über Angioma cavernosum der Mamma. I.D. Würzburg. см. C. Path. — 1898. **Delbet.** Tumeurs de la région mammaire. In D.R. V. p. 936. — 1901. **Althorp.** A case of angioma of the mamma. L. II. 5 Oct. p. 914. см. V.I.B. 36. — 1901. **Дитерихсъ.** Новообразованія соска и околососковаго кружка. Л.Р.Х. VI. p. 722—730. — 1904. **Taddei.** Angioma della ghiandola mammaria. Riforma med. XX. № 36. p. 989—993. см. C. Path. 1905. p. 677 и L.O.E. XII. p. 25. — 1904. **Malapert et Morichau-Beauchant.** Des angiomes du sein. R. chir. XXIX. № 2. p. 200—213. — 1906. **Devic et Tolot.** см. стр. 334. — 1906. **Sick.** Zwei seltene Tumoren der Mamma. Mitteil. aus d. Hamburger Staatskrankenanstalten. VII 2. см. C. Chir. 1907. p. 295 и C. Path. 1908. p. 501. — 1906. **Finsterer.** Zur Pathologie der männlichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung der Tumoren. D.Z. Chir. LXXXIV. p. 202. — 1906. **Онъ-же.** Ueber einen Fall eines ungewöhnlich grossen Fibroadenoma mammae und

über benigne Tumoren der weiblichen Brustdrüse. D.Z. Chir. LXXXIV. p. 557. — 1908. **Cornil.** Des tumeurs du sein. см. C. Path. — 1908. **Quénu et Küss.** Angiome de la région mammaire. Soc. anat. LXXXIII. 6-me Série. IX. № 1. Janvier. p. 114. — 1908. **Jopson, Speese and White.** Tumors of the breast in childood. A.S. № 5. November. p. 662. — 1909. **Redaelli.** см. Z.Kr. 1910. IX/1. p. 58. — 1909. **Gangitano.** Zwei Fälle von beiderseitiger männlicher Brustdrüsengeschwulst von familiärem Typus und ihre vermutliche Bedeutung. D.Z. Chir. 103. p. 1—18. — 1911. **Creite.** Primäre Geschwulstbildung der Brustwarze. D.Z. Chir. 109. p. 199. — 1911. **Carl.** Angioma mammae. D.Z. Chir. 111. p. 308—309. — **Colzi.** см. Malapert и Morichau-Beauchant и др. —

D. Гемангіомы послѣда.

Частота нахожденія и номенклатура доброкачественныхъ опухолей послѣда. Сосудистыя опухоли послѣда (хоріоангіомы) и ихъ казуистика. Макроскопическая картина хоріоангіомъ: ихъ мѣстоположеніе въ послѣдѣ, величина, форма, цвѣтъ, консистенція. Одиночныя и множественныя хоріоангіомы. Ихъ границы. Измѣненія въ ткани послѣда. Hydramnion. Микроскопическое строеніе хоріоангіомъ. Различныя теоріи, предложенныя для объясненія ихъ возникновенія.

Доброкачественныя опухоли послѣда встрѣчаются не особенно часто. Первый случай такой опухоли былъ описанъ *Clarke* (1788) подъ названіемъ „myoma placentae". *Virchow* (1863) приводитъ два случая доброкачественныхъ опухолей послѣда, которыя онъ назвалъ „myxoma fibrosum". Другіе авторы описали опухоли послѣда подъ слѣдующими различными названіями: fibroma placentae, fibro-myxoma placentae, fibromyoma placentae, hyperplasia villorum chorii, hyperplasia stromae placentae, angioma placentae, fibro-angioma placentae, fibroma angiomatosum placentae, angioma fibrosum placentae, chorioma, chorioangioma placentae, angioma capillare placentae и др. Однако, при сравненіи между собою этихъ столь различно обозначенныхъ опухолей, оказалось, что всѣ онѣ были построены по одному и тому же типу и что авторы имѣли передъ собою опухоли преимущественно сосудистаго строенія. Оказалось также, что даже богатыя клѣточными элементами опухоли послѣда, описанныя нѣкоторыми авторами (*Hyrtl* 1876, *Galabin* 1882 и 1887, *Dupin и Chaband* 1889) подъ названіемъ „саркомъ" послѣда, и тѣ были построены

по типу остальныхъ доброкачественныхъ соединительнотканныхъ опухолей послѣда (*Dienst* 1903 и др.) [1]).

Въ виду такого однообразія строенія почти всѣхъ описанныхъ въ литературѣ доброкачественныхъ опухолей послѣда, слѣдовало дать имъ и однообразное названіе. *Dienst* (1904), напримѣръ, считалъ для этихъ опухолей наиболѣе подходящимъ названіемъ слѣдующее „аллантогенныя миксофиброзныя капиллярныя ангіомы хоріона". Въ виду неудобства такого длиннаго названія, тотъ же авторъ предложилъ сокращенное „хоріома", при чемъ онъ различалъ два вида этихъ хоріомъ: chorioma angiomatosum (въ случаѣ преобладанія сосудистой ткани въ опухоли послѣда) и chorioma fibrosum (въ случаяхъ преобладанія въ ней соединительной ткани). Въ большинствѣ случаевъ участіе соединительной ткани въ построеніи опухоли послѣда не особенно велико, а потому многіе современные авторы, по примѣру *Beneke*, нѣсколько видоизмѣнили номенклатуру, предложенную *Dienst*'омъ, и называютъ упомянутыя опухоли „chorioangioma placentae".

Со времени перваго описанія доброкачественной опухоли въ 1788 г. *Clarke* по конецъ XIX столѣтія появилось лишь небольшое число сообщеній, посвященныхъ преимущественно казуистикѣ этихъ опухолей. *Niebergall* (1897) собралъ изъ литературы данныя о 30 случаяхъ доброкачественныхъ опухолей послѣда, а *Dienst* (1903) въ очень обстоятельной статьѣ привелъ подробное описаніе 45 такихъ опухолей, названныхъ имъ, какъ мною уже упомянуто, хоріомами. Двѣ опухоли, описанныя *Danyau* (1844), и одну изъ опухолей *v. d. Feltz*'а (1900) *Dienst* исключаетъ изъ числа хоріомъ, считая, что эти авторы имѣли дѣло съ разрастаніемъ соединительной ткани послѣ кровоизліянія въ послѣдѣ.

Въ 1907 г. *Kermauner* продолжилъ работу *Dienst*'а и привелъ изъ литературы подробныя свѣдѣнія о 28 новыхъ

[1]) Въ послѣднее время несомнѣнно были описаны и злокачественныя соединительнотканныя опухоли послѣда. Такъ, напримѣръ, *Marchand* (1906) наблюдалъ первичную саркому chorii, а *Walz* (1906)—метастазъ миксо-саркомы въ плаценту.

случаяхъ хоріоангіомъ, присоединивъ къ нимъ и описаніе своего собственнаго случая.

Въ обѣихъ работахъ (*Dienst*'а и *Kermauner*'а) помѣщены, слѣдовательно, свѣдѣнія о 74 случаяхъ хоріоангіомъ послѣда. Сравнительно небольшое число извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ этихъ опухолей *Kermauner* объяснялъ рѣдкостью послѣднихъ. При этомъ онъ указываетъ, что среди нѣсколькихъ тысячъ послѣдовъ, которые онъ очень внимательно изслѣдовалъ, хоріоангіома была найдена только въ одномъ случаѣ. *Kummer* (1911), описывая свой случай хоріоангіомы послѣда, только упоминаетъ, что въ литературѣ описано 78 доброкачественныхъ опухолей послѣда.

Въ виду того, что въ работахъ *Dienst*'а и *Kermauner*'а помѣщены подробныя свѣдѣнія о первыхъ 74 случаяхъ хоріоангіомъ, я ограничусь приведеніемъ фамилій авторовъ, описавшихъ эти случаи въ хронологическомъ порядкѣ появленія ихъ работъ.

Слѣдующіе авторы приводятся *Dienst*'омъ и *Kermauner*'омъ: *Clarke* 1788, *Loebl* 1844, *Harper* 1852, *Virchow* 1863, *Hildebrandt* 1868, *Hyrtl* 1870 (три случая), *Goodhart* 1877, *Breus* 1877 (три, а по *Орлову* четыре опухоли), *Storch* 1878 (три случая), *Hodgen* 1879, *Феноменовъ* 1880, *Galabin* 1882 и 1887, *Auvard* 1888, *Guéniot* 1888, *Dupin и Chaband* 1889, *Kramer* 1890, *Ackermann*, *Alin* (четыре случая), *Лазаревичъ* 1892, *Steinbüchl* 1893 (два случая), *Merttens* 1896, *Mars* 1896, *Орловъ* 1896 (два случая), *Niebergall* 1897, *Albert* 1898 (два случая), *Osterloh* 1899, *Beneke* 1899, *v. d. Feltz* 1900, *Eras* 1900, *Lehmann* 1900, *Oberndorfer* 1901, *Bretschneider* 1901, *Solowij* 1902, *Calderini* 1902 и 1903, *Hoehl* 1902, *Dienst* 1903 (два случая), *Kraus* 1903, *Böhnke* 1903, *Labhardt* 1904, *Finzi* 1904, *Ries* 1904, *Dienst* 1904, *Santi* 1904, *Buttermann* 1905 (два случая), *Ferroni* 1905, *Eggel* 1905, *Viana* 1905, *Schickele* 1905, *Dienst* 1906, *Marschak* 1906, *Pitha* 1907 (три случая), *Kermauner* 1907 (время опубликованія работъ *Ackermann*'а и *Alin* мнѣ не извѣстно).

Со времени появленія работы *Kermauner*'а въ литературѣ было опубликовано довольно много случаевъ хоріоангіомъ, строеніе которыхъ въ главныхъ чертахъ представляется одинаковымъ. Въ послѣднее время хоріоангіомы по-

слѣда описали слѣдующіе авторы: *Левиновичъ*[1]) 1900, *Jeamin*[1]) 1903, *Wilczewski*[1]) 1903, *Seitz* 1904, *Colin* 1906, *Albrecht* 1907, *Schindler* 1908 (два случая), *Ravano* 1908, *Lampugnani* 1908, *Funck-Brentano* и *Durante* 1908, *Gräfenberg* 1908, *Lange* 1909, *Schlendzka* 1909, *Eicke* 1909, *Pulvirenti* 1909, *Thenveny* 1909, *Thaler* 1909 (два случая), *Schottländer* 1909, *Bertoloni* 1910, *Santi* 1910, *Hauser* 1910, *Kummer* 1911, *Hauser* 1911, *Fischer* 1912 и *Johnstone* 1912.

Такимъ образомъ оказывается, что въ настоящее время число описанныхъ въ литературѣ хоріоангіомъ лишь немногимъ меньше ста.

Въ нижеслѣдующемъ я приведу краткія свѣдѣнія о тѣхъ хоріоангіомахъ послѣда, которыя описаны послѣ опубликованія работы *Kermauner*'а, при чемъ добавлю, что работы нѣкоторыхъ авторовъ (*Левиновича*, *Jeamin*, *Wilczewski*, *Colin*, *Schlendzka*[2]), *Bertoloni*, *Santi* и *Johnstone*) мнѣ не были доступны ни въ оригиналахъ, ни въ подробныхъ рефератахъ.

Seitz въ руководствѣ акушерства *Winckel*'я посвятилъ хоріоангіомамъ послѣда отдѣльную главу. Между прочимъ онъ приводитъ рисунокъ опухоли, которую впослѣдствіи описалъ *Eggel* (1905).

H. Albrecht не приводитъ собственнаго случая хоріоангіомы послѣда, но, разбирая случаи другихъ авторовъ, приходитъ къ заключенію, что эти опухоли являются слѣдствіемъ неправильнаго развитія тканей и должны быть отнесены къ гамартомамъ. „Also", говоритъ *Albrecht*, „eine geschwulstartige Fehlbildung—ein Hamartom (keine Abtrennung von Organkeimen, sondern fehlerhafte Gewebsmischung" [3]).

Schindler описываетъ два собственныхъ случая хоріоангіомъ послѣда. На основаніи микроскопическаго изслѣдованія своихъ случаевъ авторъ приходитъ къ заключенію, что существуютъ два типа гемангіомъ послѣда. Однѣ гемангіомы развиваются изъ наиболѣе молодыхъ ворсинокъ и

---

[1]) Не приведенъ въ спискѣ *Kermauner*'а.

[2]) *Schlendzka*, повидимому, описалъ случай хоріоангіомы, демонстрированный *Lange*.

[3]) *H. Albrecht*. Angiom der Plazenta. F.Z. 1907. 1. p. 607.

представляются въ видѣ маленькихъ опухолей, состоящихъ изъ многочисленныхъ долекъ, ясно обособленныхъ другъ отъ друга и покрытыхъ эпителіемъ. Другія гемангіомы послѣда происходятъ изъ первичныхъ большихъ ворсъ и представляются въ видѣ большихъ, плотныхъ сосудистыхъ новообразованій, нигдѣ не состоящихъ изъ долекъ. Послѣдній типъ гемангіомъ встрѣчается рѣже.

Отмѣчу, что къ такому же точно выводу, какъ и *Schindler*, пришелъ до него и *Schickele* (1905).

Ravano изслѣдовалъ множественныя хоріоангіомы, интересныя тѣмъ, что онѣ располагались на сторонѣ послѣда, обращенной къ матери. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ опухолей, *Ravano* констатировалъ несомнѣнныя явленія размноженія капилляровъ. Кромѣ того имъ отмѣчено въ этомъ случаѣ hydramnion на VI мѣсяцѣ.

Lampugnani въ случаѣ пятимѣсячнаго выкидыша нашелъ хоріоангіому послѣда, которая, по его мнѣнію, и обусловила выкидышъ. Опухоль имѣла обычное строеніе и сидѣла на ножкѣ, содержавшей крупные сосуды. Кромѣ того отмѣчено polyhydramnion.

Funck-Brentano и Durante описали опухоль послѣда, имѣвшую форму почки. Кромѣ того отмѣчено hydramnion. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась типичной капиллярной гемангіомой. Что касается этіологіи изслѣдованной ими опухоли, то авторы допускаютъ двѣ возможности: или что она явилась послѣдствіемъ инфекціоннаго периартеріита, или же, что она образовалась изъ заблудшихъ сосудистыхъ зачатковъ.

Gräfenberg, при микроскопическомъ изслѣдованіи собственнаго случая опухоли послѣда ангіоматознаго типа, нашелъ переходныя формы между тканью опухоли и нормальными ворсинками. На основаніи послѣдняго явленія, онъ пришелъ къ заключенію, что хоріоангіомы представляютъ собою расширенные капилляры своеобразно перерожденныхъ ворсинокъ хоріона подъ вліяніемъ неизвѣстной мѣстной болѣзни сосудовъ матери (закупорка сосудовъ матки?). Поэтому *Gräfenberg* предлагаетъ исключить гемангіомы послѣда изъ числа истинныхъ новообразованій.

Отмѣчу, что *Gräfenberg* кавернозныя гемангіомы пече-

ни и кожи также не причисляетъ къ истиннымъ гемангіомамъ.

Lange описалъ одиночную хоріоангіому, величиною съ почку, находившуюся вблизи мѣста прикрѣпленія пуповины къ послѣду. Кромѣ того былъ найденъ hydramnion. Мѣстами по окружности опухоли открывалась соединительнотканная капсула.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ многочисленныхъ переплетавшихся между собою капилляровъ, заложенныхъ въ соединительнотканной стромѣ. Кое-гдѣ были видны довольно большіе участки соединительной ткани. Мѣстами *Lange* обнаружилъ переходныя формы между тканью хоріоангіомы и ворсинками хоріона.

Образованіе опухоли происходило, по мнѣнію автора, благодаря склеиванію другъ съ другомъ сосѣднихъ ворсинокъ хоріона, исчезанію эпителіальной выстилки ворсинокъ и уменьшенію разстоянія, обычно наблюдающагося между сосудами послѣднихъ. При дальнѣйшемъ же теченіи этого дегенеративнаго процесса наблюдается, по *Lange*, образованіе гомогенныхъ соединительнотканныхъ участковъ.

Eicke описалъ подъ названіемъ chorioma placentae опухоль послѣда, величиною съ гусиное яйцо, находившуюся вблизи мѣста прикрѣпленія пуповины къ послѣду. Опухоль была хорошо отграничена какъ отъ послѣда, такъ и отъ его оболочекъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи была найдена картина, типичная для хоріоангіомъ: многочисленные капиллярные сосуды различнаго калибра, заложенные въ соединительнотканной стромѣ. Поверхность опухоли была покрыта нѣсколькими рядами синцитіальныхъ клѣтокъ.

Pulvirenti изслѣдовалъ хоріоангіому, величиною съ дѣтскую головку, вѣсившую 740 gr. и сидѣвшую на ножкѣ, въ которой находились артерія и вена.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ гиперплазированной ткани хоріона.

Pulvirenti считалъ, что описанная имъ опухоль по величинѣ, вѣсу и независимости отъ послѣда занимаетъ особое мѣсто среди извѣстныхъ ему 60 описанныхъ въ литературѣ хоріоангіомъ послѣда.

Thenveny описалъ сосудистую опухоль послѣда обычнаго вида.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ многочисленныхъ „новообразованныхъ" капилляровъ, расположенныхъ среди незначительно развитой соединительнотканной стромы.

Thenveny назвалъ изслѣдованную имъ опухоль angioma capillare placentae.

Thaler демонстрировалъ въ обществѣ акушеровъ и гинекологовъ въ Вѣнѣ двѣ очень большія хоріоангіомы последа. Одна изъ нихъ, по мнѣнію *Thaler*'а, по своимъ размѣрамъ превосходила всѣ остальныя опухоли этого рода, описанныя въ литературѣ. Микроскопическое изслѣдованіе обѣихъ опухолей показало обычную картину хоріоангіомъ.

Schottländer показалъ въ томъ же засѣданіи небольшую опухоль послѣда, расположенную, какъ обычно, на наружной поверхности послѣда, недалеко отъ его края.

При изслѣдованіи подъ микроскопомъ было найдено громадное количество какъ расширенныхъ, такъ и новообразованныхъ капилляровъ. На наружной поверхности опухоли открывались разросшіяся синциціальныя клѣтки. Въ окружающихъ опухоль ворсинкахъ также замѣчалось необыкновенное обиліе капиллярныхъ сосудовъ. Въ общемъ отмѣчались всевозможныя переходныя формы, начиная отъ ворсинокъ съ увеличеннымъ количествомъ капилляровъ и кончая нормальными ворсинками.

На основаніи сказаннаго *Schottländer* не причислилъ изслѣдованную имъ хоріоангіому къ истиннымъ новообразованіямъ, а высказалъ предположеніе, что это образованіе стоитъ какъ бы на границѣ между бластомами и гиперпластическими процессами. (Es) „darf", говоритъ *Schottländer*, „von einem eigentlichen Tumor keine Rede sein, wir haben vielmehr wieder einen jener häufigen Fälle vor uns, die geeignet sind uns die Labilität der Grenze zwischen Tumorbildung und einfacher hyperplastischer Gewebsneubildung vor Augen zu führen" [1]).

Hauser (1910) представилъ въ видѣ диссертаціи описаніе опухоли края послѣда, величиной съ грецкій орѣхъ.

Опухоль имѣла форму почки, была окружена соединительнотканной капсулой и сидѣла на тонкой ножкѣ, въ которой проходили довольно крупные сосуды. При микроскопическомъ изслѣдованіи строеніе опухоли въ периферическихъ и центральныхъ своихъ частяхъ оказалось не-

[1]) *Schottländer*. Пренія послѣ доклада *Thaler*'а. Geburtshilfl.-gynäk. Ges. in Wien. 14. XII. 1909. Пр. см. C. Gyn. 1910. № 23. p. 789.

одинаковымъ. Въ центральныхъ частяхъ опухоль состояла изъ очень расширенныхъ и близко другъ къ другу расположенныхъ капилляровъ, между которыми находились тонкіе и лишь кое-гдѣ болѣе толстые тяжи изъ соединительной ткани. Мѣстами просвѣты сосѣднихъ капилляровъ сливались и такимъ образомъ получались кавернозныя полости. Какъ межуточная ткань, такъ и стѣнки капилляровъ представлялись мѣстами гіалиново перерожденными. Между капиллярами открывались также сосуды бо́льшаго калибра съ ясно выраженной мышечной оболочкой. Въ периферическихъ частяхъ опухоли преобладала соединительная ткань, въ которой были видны участки круглоклѣточнаго инфильтрата. Въ этой соединительной ткани было заложено лишь незначительное количество сосудовъ артеріальнаго и венознаго типа. Между центральной, ангіоматозной, частью опухоли и периферической, фиброзной, имѣлись всевозможные переходы. Кругомъ опухоли находилась фиброзная капсула, состоявшая изъ нѣсколькихъ слоевъ соединительной ткани.

Въ виду отсутствія переходныхъ картинъ между тканью опухоли и тканью послѣда, наличности капсулы, а также въ виду отсутствія клѣточныхъ элементовъ хоріона въ опухоли, *Hauser* причисляетъ описанную имъ хоріоангіому къ простымъ гемангіомамъ (haemangioma simplex).

Что касается генеза изслѣдованной опухоли, то *Hauser* склоняется въ пользу предположенія *Albert*'а, по которому хоріоангіомы развиваются изъ отшнуровавшейся небольшой вѣтви сосудовъ аллантоиса, при врастаніи послѣднихъ въ отпадающую оболочку.

Kummer описалъ опухоль послѣда, величиной съ апельсинъ (8 cm. × 7 cm. × 5 cm.), плотной консистенціи, находившуюся на мѣстѣ прикрѣпленія пуповины къ послѣду. Опухоль представлялась ясно отграниченной какъ отъ пуповины, такъ и отъ тканей послѣда.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, центральная часть опухоли оказалась некротизованною. Въ остальныхъ частяхъ строеніе опухоли было сохранено и оказалось неодинаковымъ. Мѣстами преобладала соединительная ткань, въ которой открывались лишь немногочисленные сосуды капиллярнаго типа, мѣстами же были замѣтны очень расширенные и близко другъ къ другу расположенные капиллярные сосуды, между которыми имѣлись лишь тоненькіе тяжи соединительной ткани. Со стороны амніона надъ опухолью замѣтенъ тонкій слой сдавленной ткани хоріона. Со стороны послѣда макроскопически была видна рѣзкая граница опухоли. Подъ микроскопомъ же оказалось, что капсулы не было, но что по окружности опухоли находился довольно широкій слой ткани, состоявшій изъ ворсинокъ, склеенныхъ между собою фибриномъ.

Опухоль, по мнѣнію *Kummer*'a, состояла изъ новообразованной соединительной ткани и изъ новообразованныхъ расширенныхъ сосудовъ. „Die ganze Geschwulst", говоритъ *Kummer*, „besteht also aus einem Grundstock von hypertrophischem Chorionbindegewebe, in dem Gefässerweiterung in den verschiedensten Stadien und in verschiedener Ausdehnung den charakteristischen Bau der Geschwulst ausmacht" [1]). Авторъ не считаетъ названіе „хоріома" удачнымъ и считаетъ описанную имъ опухоль комбинаціей фибромы съ ангіомой послѣда. Самъ *Kummer* называетъ ее „fibroangioma".

Hauser (1911) описалъ встрѣтившійся ему второй случай хоріоангіомы послѣда.

Опухоль имѣла почковидную форму и достигала въ длину 7,5 cm., въ ширину — 3 cm. и въ толщину — 2,5 cm. Она находилась на ножкѣ и помѣщалась у края послѣда ближе къ материнской его сторонѣ. Въ толщѣ ножки проходили крупные сосуды. Послѣдъ принадлежалъ сифилитическому плоду. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоль, по *Hauser*'у, представила строеніе, типичное для ангіохоріомъ. Она состояла изъ многочисленныхъ капилляровъ, очень близко расположенныхъ другъ отъ друга, и мѣстами изъ соединительнотканныхъ, фиброзныхъ участковъ. Кое-гдѣ между капиллярами открывались кавернозныя полости, развившіяся путемъ сліянія просвѣтовъ сосѣднихъ капилляровъ. По окружности всей опухоли имѣлась соединительнотканная плотная капсула.

Описанная вторая опухоль *Hauser*'a оказалась совершенно похожей на первую опухоль послѣда, изслѣдованную имъ въ 1910 г. (см. стр. 401).

Наконецъ, *Fischer* демонстрировалъ въ обществѣ врачей въ Франкфуртѣ опухоль послѣда. На основаніи микроскопическаго изслѣдованія *Fischer* назвалъ эту опухоль миксоангіомой послѣда.

Принимая во вниманіе, что почти всѣ опубликованные случаи доброкачественныхъ опухолей послѣда, упомянутые *Dienst*'омъ, *Kermauner*'омъ и *мною*, оказываются чрезвычайно похожими другъ на друга, я ограничусь общими замѣчаніями о макро-и микроскопической картинѣ этихъ опухолей и о тѣхъ теоріяхъ, которыя были представлены для объясненія ихъ возникновенія.

Большинство „хоріоангіомъ" локализировалось въ за-

---

[1]) *Kummer*. Zur Frage der Placentartumoren. B.Geb. 1911. XVI. p. 457.

родышевомъ отдѣлѣ послѣда. Лишь въ видѣ рѣдкихъ исключеній были описаны опухоли, находившіяся ближе къ материнской поверхности послѣда (*Alin*, *Niebergall*) или даже выступавшія на послѣдней (*Ravano*, *Hauser*, второй случай). Въ зародышевомъ отдѣлѣ послѣда описано самое различное мѣстоположеніе хоріоангіомъ. Но чаще всего онѣ встрѣчаются у края послѣда (*Seitz*, *Kraus*). Послѣдній авторъ отмѣтилъ такую локализацію въ двадцати случаяхъ изъ 29. Бо́льшая часть хоріоангіомъ располагалась по близости мѣста прикрѣпленія пуповины къ послѣду. Въ третьемъ случаѣ *Albert*'а и въ случаѣ *Bode* опухоль была найдена въ добавочномъ дѣтскомъ мѣстѣ.

Описаны хоріоангіомы самой различной величины, начиная отъ мало замѣтныхъ (величиною съ горошину) и кончая большими опухолями, достигающими величины головы ребенка (случаи *Storch*'а, *Лазаревича*, *Pulvirenti*, *Thaler*'а и др.). Маленькія опухоли встрѣчаются, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (*Niebergall*, *Ravano* и др.), значительно чаще, чѣмъ описываются. Обычно онѣ, по мнѣнію этихъ авторовъ, просматриваются.

Форма опухолей чаще всего круглая или овальная: нѣкоторые авторы (*Funck-Brentano и Durante*, *Hauser* и др.) сравнивали форму хоріоангіомъ съ формой почки. По конфигураціи ихъ поверхности *Kraus* различалъ опухоли съ гладкой поверхностью и опухоли съ бугристой, узловатой поверхностью. Первыя, по его мнѣнію, происходили изъ одной ворсинки (angioma solitare), а вторыя—изъ группы ихъ (angioma arborescens).

Цвѣтъ хоріоангіомъ большинство авторовъ сравниваетъ съ темно-краснымъ цвѣтомъ печени, при чемъ мѣстами, особенно въ центральныхъ частяхъ опухоли, этотъ цвѣтъ дѣлается блѣднѣе и становится сѣро-желтовато-бѣлымъ. Различіе въ цвѣтѣ отдѣльныхъ частей хоріоангіомъ легко объясняется неравномѣрностью строенія большинства этихъ опухолей: наравнѣ съ чисто сосудистыми, болѣе темными участками, встрѣчаются участки, состоящіе изъ соединительной ткани, которые представляются сѣро-желто-бѣлыми.

Консистенція опухолей бываетъ различная. Нѣкоторые авторы описали мягкія опухоли, другіе сравниваютъ конси-

стенцію хоріоангіомъ съ консистенціей почечной ткани, но большинство авторовъ наблюдало эластически-плотныя опухоли.

Чаще описываются одиночныя хоріоангіомы последа. Однако, описано и нѣсколько случаевъ, когда въ послѣдѣ были найдены множественныя гемангіомы, обычно небольшихъ размѣровъ. Нѣкоторые авторы наблюдали двѣ хоріоангіомы въ одномъ и томъ же послѣдѣ (*Kramer*, *Hyrtl*, *Alin*, *Guéniot*, *Феноменовъ*), *Niebergall* нашелъ ихъ три, *Dienst*—четыре, *Steinbüchl*—семь, *Albert*—девять, *Ravano*—очень много, а *Mars* — столько, что онъ назвалъ свой случай angioma myxomatodes disseminatum.

Въ большинствѣ описаній хоріоангіомъ указывается, что ткань опухоли рѣзко отграничена отъ ткани послѣда. Нѣкоторые авторы наблюдали опухоли, связанныя съ послѣдомъ только при посредствѣ ножки, въ которой проходятъ артеріи и вены, направляющіяся къ сосудамъ пуповины (*Lampugnani*, *Pulvirenti*, *Hauser* и мн. др.). Артеріи ножки обыкновенно не представляли какихъ либо особенностей, вены же были въ большинствѣ случаевъ растянуты кровью, такъ что иногда получалась картина множественныхъ варикозныхъ расширеній, какъ, напримѣръ, во второмъ случаѣ *Schindler*'а. Отмѣчу, что *Finzi* утверждаетъ, что въ ножкѣ описанной имъ опухоли находилась только одна артерія. Другіе авторы (*Storch*, *Breus*, *Hyrtl*, *Merttens*, *Bode и Schmorl*, *v. d. Felz*, *Beneke*, *Hauser* и др.) описали ясно замѣтную соединительнотканную капсулу по окружности изслѣдованныхъ ими опухолей. *Lange* наблюдалъ капсулу не по всей окружности хоріоангіомы, а въ видѣ отдѣльныхъ участковъ.

Въ противоположность приведенному мнѣнію, многіе другіе авторы (*Dienst*, *Kramer*, *Kraus*, *Finzi*, *Eicke*, *Kummer* и др.) указываютъ на то, что опухоли обыкновенно окружаются слоемъ синцитіальныхъ клѣтокъ, подъ которымъ расположенъ слой уплотненной отъ давленія ткани хоріона, симулирующій при макроскопическомъ изслѣдованіи собственную капсулу опухоли. *Lange* также макроскопически констатировалъ наличность широкой (около 1 cm.) переходной полосы между тканью опухоли и тканью послѣда.

Въ литературѣ не отмѣчается никакихъ такихъ измѣненій въ самомъ послѣдѣ, которыя постоянно сопутствовали бы развитію хоріоангіомъ. Если *Ravano* нашелъ въ своемъ случаѣ бѣлые инфаркты и *Graefenberg* указалъ, что въ его случаѣ послѣдъ былъ очень увеличенъ въ объемѣ, очень плотной консистенціи и необычнаго блѣдно-розоваго цвѣта, то все же оба эти автора не приводятъ въ связь описанныя ими измѣненія послѣда съ наличностью въ немъ хоріоангіомъ.

Довольно часто при хоріоангіомахъ наблюдался hydramnion. Такъ, *Kraus* изъ 14 случаевъ хоріоангіомъ въ девяти нашелъ и hydramnion. Отмѣчено при двойняхъ совпаденіе хоріоангіомы послѣда и hydramnion у одного плода, при полномъ отсутствіи того и другого у другого плода. Среди собранныхъ мною случаевъ хоріоангіомъ увеличенное количество околоплодной жидкости наблюдалось въ случаяхъ *Ravano*, *Lampugnani*, *Funck-Brentano и Durante* и *Lange*.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи какъ большинства опухолей, приведенныхъ *Dienst*'омъ и *Kermauner*'омъ, такъ и во всѣхъ случаяхъ, собранныхъ мною, оказалось, что хоріоангіомы состоятъ изъ большого количества близко другъ около друга расположенныхъ въ соединительнотканной стромѣ капиллярныхъ сосудовъ. Наряду съ капиллярами нормальнаго вида встрѣчаются чрезвычайно расширенные, а также кавернознаго характера полости, получившіяся путемъ сліянія сосѣднихъ расширенныхъ капилляровъ (*Hauser* и др.). Кромѣ этого видны спавшіеся капилляры, просвѣтъ которыхъ иногда совершенно не замѣтенъ. Послѣдніе, представляющіеся иногда въ видѣ компактныхъ рядовъ эндотелія, чаще локализируются въ периферическихъ отдѣлахъ опухолей и считаются нѣкоторыми авторами (*Dienst*'омъ, *Schickele*, *Ravano* и др.) за наиболѣе молодые, разрастающіеся участки опухолей. Эти же авторы наблюдали въ такихъ капиллярахъ увеличенное число эндотеліальныхъ ядеръ, что, по ихъ мнѣнію, также указывало на усиленный ростъ сосудовъ въ предѣлахъ опухолей. Противъ такого взгляда возражалъ рядъ авторовъ, между прочими *Gräfenberg* и *Hauser*. Первый, указавъ на то, что увеличенное число ядеръ было найдено лишь въ спавшихся

капиллярахъ, объяснилъ это чисто физическимъ явленіемъ выбуханія ядеръ нормальнаго числа эндотеліальныхъ клѣтокъ, но расположенныхъ, въ виду уменьшенія просвѣта капилляровъ, на меньшемъ пространствѣ. Второй авторъ (*Hauser*) въ одномъ изъ своихъ случаевъ хоріоангіомы также встрѣтилъ ряды эндотеліальныхъ клѣтокъ („solide Endothelsprossen"). При внимательномъ, однако, изслѣдованіи онъ ни разу не нашелъ въ этихъ клѣточныхъ рядахъ ни одной фигуры каріокинетическаго дѣленія ядеръ. На основаніи этого *Hauser* считаетъ, что эти ряды эндотеліальныхъ клѣтокъ представляютъ собою лишь косые срѣзы очень узкихъ капилляровъ.

Строма опухолей представляется въ видѣ болѣе или менѣе широкихъ прослоекъ бѣдной ядрами волокнистой соединительной ткани. Мѣстами эта ткань представляется набухшей, мѣстами она принимаетъ слизистый характеръ. Иногда эта соединительнотканная основа встрѣчается въ видѣ широкихъ участковъ, занимающихъ значительную и даже бо́льшую часть хоріоангіомы. *Dienst* предложилъ называть такія опухоли, описанныя, напримѣръ, *Лазаревичемъ* и *Феноменовымъ*,—chorioma fibrosum. *Kummer* недавно (1911) описалъ опухоль послѣда, въ которой развитіе соединительной ткани было значительнѣе, чѣмъ развитіе сосудистой ткани и назвалъ эту опухоль: fibroangioma placentae. „Es handelt sich also" говоритъ *Kummer*, „in unserem Falle um ein Fibrom, in zweiter Linie Angiom der Placenta" [1]).

Примѣсь соединительнотканныхъ участковъ обусловливаетъ неодинаковый цвѣтъ различныхъ участковъ хоріоангіомъ („buntscheckiger Anblick", по *Seitz*'у) [2]), являющійся, по мнѣнію цѣлаго ряда авторовъ, характернымъ для этихъ опухолей. Въ большихъ опухоляхъ часто открываются перерожденные и даже некротическіе участки (случаи *Harper*'а, *Hyrtl*'я, *Auvard*, *Феноменова*, *Beneke*, *v. d. Felz*'а, *Oberndorfer*'а, *Hauser*'а и др.).

Большіе споры вызываетъ еще и въ настоящее время

---

[1]) *Kummer*. l. c. p. 460.

[2]) *Seitz*. Placentartumoren. Chorioangiome. In Winckel. Handbuch der Geburtshülfe. 1904. II. 2. p. 1078.

вопросъ о томъ, существуютъ ли переходныя картины между строеніемъ хоріоангіомъ и строеніемъ окружающихъ опухоль ворсинокъ послѣда. Какъ было уже мною упомянуто во время разбора вопроса о макроскопически замѣтной границѣ опухоли, различные авторы на этотъ вопросъ отвѣчаютъ различно.

Niebergall, *Mars*, *Storch*, *v. d. Felz*, *Schickele*, *Schindler*, *Lange*, *Gräfenberg*, *Schottländer* и др. наблюдали всевозможные переходы, начиная отъ нормальныхъ ворсинокъ и кончая тканью опухоли. *Gräfenberg* констатировалъ, что, по мѣрѣ приближенія къ опухоли, межворсинчатыя пространства послѣда суживались, а эпителій ворсинокъ начиналъ исчезать. Вблизи же опухоли открывалась уже только сплошная межуточная соединительная ткань съ большимъ количествомъ капилляровъ. Мѣстами были видны сосуды бо́льшаго калибра, а также узкія полосы изъ синцитіальныхъ клѣтокъ, которыя слущились и сохранились несмотря на сліяніе отдѣльныхъ ворсинокъ.

Между тѣмъ другіе авторы (*Dienst*, *Albert*, *Kramer*, *Beneke*, *Funck-Brentano и Durante*, *Thaler*, *Hauser* и др.), на основаніи тщательнаго изслѣдованія своихъ случаевъ (между прочимъ, изслѣдованіе на серіяхъ срѣзовъ), пришли къ діаметрально противоположному выводу и высказались въ пользу того, что переходныхъ участковъ между тканью опухоли и окружающими ее ворсинками не наблюдается.

Окончательное рѣшеніе вопроса о существованіи или же отсутствіи переходовъ между тканью хоріоангіомъ и нормальными ворсинками хоріона въ значительной степени содѣйствовало бы выясненію сущности и происхожденія этихъ опухолей.

Относительно *сущности* доброкачественныхъ опухолей послѣда были высказаны различными авторами самыя различныя теоріи. По моему мнѣнію, можно выдѣлить слѣдующихъ пять такихъ теорій.

1) По *Danyau* и *Goodhart'у*, изслѣдованныя ими опухоли послѣда произошли изъ организовавшихся кровяныхъ сгустковъ. Это мнѣніе въ настоящее время совершенно оставлено.

2) По мнѣнію очень многихъ авторовъ, описанныя ими

подъ различными названіями опухоли послѣда принадлежали къ истиннымъ новообразованіямъ. Такъ, напримѣръ, *Kermauner*, *Schindler*, *Schickele*, *Beneke*, *Borst*, *Ravano*, *Thévenoy* и др. причисляли хоріоангіомы къ простымъ гемангіомамъ.

3) По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, хоріоангіомы происходятъ вслѣдствіе неправильности развитія послѣда. Такъ *Albert*, считая первопричину образованія хоріоангіомы неизвѣстной, предполагалъ, что на третьей недѣлѣ утробной жизни (при врастаніи въ отпадающую оболочку сосудовъ аллантоиса, находящихся въ связи съ хоріономъ) отъ сосудовъ пуповины по неизвѣстной причинѣ отдѣляется маленькая вѣточка и начинаетъ атипично разрастаться въ силу присущей ей громадной энергіи роста. Разрастаясь вмѣстѣ съ окружающей ее тонкой оболочкой соединительной ткани хоріона, такая самостоятельная сосудистая вѣтвь, по мнѣнію *Albert*'а, превращается въ опухоль. *Dienst* также считалъ хоріоангіомы „аллантогенными" опухолями, образующимися вслѣдствіе ненормальностей процесса врастанія аллантоиса въ хоріонъ. Разросшемуся аллантоису соотвѣтствуютъ, по *Dienst*'у, сосуды и слизистая ткань хоріоангіомъ, а разросшейся соединительной ткани хоріона—строма этихъ опухолей. Врастаніе аллантоиса въ хоріонъ и образованіе ворсинокъ, по *Dienst*'у, происходитъ въ серединѣ или концѣ третьей недѣли утробной жизни зародыша.

Kermauner, *Schickele* и *Kummer* не соглашаются съ приведенными объясненіями *Albert*'а и *Dienst*'а, указывая на то, что съ одной стороны участіе сосудовъ аллантоиса въ образованіи ворсинокъ хоріона окончательно не доказано, а съ другой стороны аллантоисъ у человѣка вообще въ образованіи послѣда играетъ лишь второстепенную роль. Послѣдній авторъ (*Kummer*) даже совершенно отвергаетъ всякое участіе аллантоиса въ образованіи послѣда. „Es giebt", говоритъ онъ, „keine Allantois beim Menschen, deren Gefässe zu der Placentarbildung in Beziehung treten" [1]).

Fischer u Zieler (1906) пришли къ заключенію, что хоріоангіомы представляютъ собою самостоятельно разрастающійся сосудистый участокъ, потерявшій связь съ окружав-

---

[1]) *Kummer*. l. c. p. 459.

шими его тканями. „Sie entstehen“, говорятъ *Fischer и Zieler*, „mithin durch Ausschaltung eines umschriebenen Gefässbezirkes aus dem physiologischen Verband. Auch das Chorionangiom ist ein selbstständiger, aus sich herauswachsender Gefässbezirk!“ [1]). Эти авторы указываютъ на самостоятельный характеръ роста хоріоангіомъ, на ихъ отграниченность отъ тканей послѣда и на отсутствіе всякой связи съ кровообращеніемъ послѣдняго. По ихъ мнѣнію, эти опухоли всецѣло подтверждаютъ взглядъ *Ribbert*'а на образованіе опухолей вообще. Относительно того, изъ какихъ сосудовъ обособляется участокъ, превращающійся впослѣдствіи въ хоріоангіому, *Fischer и Zieler* ничего не говорятъ.

Наконецъ, *H. Albrecht* причислилъ хоріоангіомы къ „гамартомамъ“.

4) По мнѣнію многихъ авторовъ (*Hyrtl*'я, *Storch*'а, *Guéniot*, *Niebergall*'я, *Merttens*'а, *v. d. Feltz*'а, *Gräfenberg*'а, *Lange*, *Pulvirenti*, *Kummer*'а и др.), хоріоангіомы представляютъ собой или ангіоматозно перерожденныя ворсинки хоріона или же гиперплазію послѣдняго. Причина, обусловливающая такое измѣненіе нормальныхъ ворсинокъ, можетъ, по мнѣнію упомянутыхъ авторовъ, находиться или въ плодѣ, или въ организмѣ матери, или, наконецъ, въ самомъ послѣдѣ.

Нѣкоторые авторы находили измѣненія въ плодѣ. Такъ, напримѣръ, *Merttens* констатировалъ въ своемъ случаѣ суженіе начальной части аорты плода и приписалъ этому пороку развитіе хоріоангіомы. *Dienst* высказался противъ того, чтобы въ плодѣ могли развиться какія-нибудь такія сильныя измѣненія, которыя обусловили бы появленіе опухоли послѣда. По его мнѣнію, хоріоангіомы могутъ образоваться не позже третьей недѣли утробной жизни, когда значительныя ненормальности въ самомъ плодѣ неминуемо влекутъ за собою его гибель.

Многіе авторы (*Kramer*, *Mars*, *Steinbüchl*, *Beneke* и мн. др.) какъ на причину образованія хоріоангіомъ указывали на застой въ послѣдѣ, развившійся при различныхъ заболѣваніяхъ матери. На такую причину, по нѣкоторымъ авторамъ, указываетъ частое нахожденіе hydramnion'а. *Dienst*

[1]) *Fischer и Zieler*. Pathologie der Angiome. L.O.E. 1906. X. p. 841—842.

нашелъ въ одномъ изъ своихъ случаевъ артеріосклерозъ, въ другомъ—тяжелый порокъ сердца у матери.

Gräfenberg считалъ хоріоангіомы послѣдствіемъ заболѣванія сосудовъ у матери: „eine dem Hydramnion koordinierte Folge einer mütterlichen Gefässwandschädigung“ [1]. Застой въ послѣдѣ и расширеніе сосудовъ ворсинокъ влекутъ за собой, по *Gräfenberg*'у, увеличеніе объема и отекъ ворсинокъ, полное уничтоженіе межворсинчатыхъ пространствъ, гибель эпителія ворсинокъ и склеиваніе послѣднихъ между собою.

Storch искалъ причину появленія хоріоангіомъ въ хроническомъ эндометритѣ, другіе авторы — въ сифилисѣ, эклампсіи и воспаленіи почекъ матери.

Наибольшее число авторовъ связываетъ образованіе хоріоангіомъ съ болѣзненными измѣненіями, имѣющими мѣсто въ самомъ послѣдѣ. *Solowij* выступилъ съ воспалительной теоріей, связывая образованіе этихъ опухолей съ измѣненіями въ стѣнкахъ сосудовъ ворсинокъ, будто бы появляющимися подъ вліяніемъ различныхъ инфекцій. *Funck-Brentano и Durante* также приводятъ инфекціонный периартеріитъ какъ одинъ изъ возможныхъ этіологическихъ моментовъ образованія хоріоангіомъ.

Остальные авторы присоединились къ теоріи, объясняющей образованіе хоріоангіомъ главнымъ образомъ застоемъ. Причина развитія застоя заключается, по этой теоріи, въ самомъ послѣдѣ.

На самомъ дѣлѣ нужно считать непонятнымъ, какъ на это уже указывалъ *Kraus*, какимъ образомъ общій застой крови въ организмѣ матери можетъ элективно поразить только одно или нѣсколько мѣстъ нормальнаго послѣда или лишь одинъ изъ послѣдовъ при двойняхъ. *Hildebrandt* первый обратилъ вниманіе изслѣдователей на значеніе застоя крови въ самомъ послѣдѣ и для своего случая нашелъ причину такого застоя въ перегибѣ пупочной вены. *Schickele, v. d. Feltz, Beneke, Oberndorfer* и др. также признали вліяніе неправильнаго кровообращенія въ послѣдѣ на образованіе хоріоангіомъ, но они относительно возможныхъ причинъ

[1] *Gräfenberg*. Sind die Chorionangiome echte Geschwülste? Z. Geb. 1908. 63. p. 555.

такого неправильнаго кровообращенія не высказались. По *Kraus*'у, ограниченныя нарушенія правильнаго кровообращенія послѣда можно объяснить или измѣненіями кровяного давленія въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ хоріона, при внѣдреніи ворсинокъ въ стѣнку матки, или же неправильностью этого внѣдренія, являющейся послѣдствіемъ случайныхъ мѣстныхъ измѣненій въ сосудахъ матки. Послѣдняго объясненія держался также *Gräfenberg*. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что *Kraus* допускалъ возможность существованія различныхъ этіологическихъ моментовъ, ведущихъ къ образованію хоріоангіомъ. Различныя причины въ образованіи этихъ опухолей приводили также *Funck-Brentano* и *Durante* и *Schickele*. Послѣдній авторъ въ одномъ своемъ случаѣ хоріоангіомы видѣлъ причину ея образованія въ веламентозномъ и краевомъ прикрѣпленіи пуповины, въ другомъ же случаѣ—въ одновременномъ сдавленіи и варикозномъ расширеніи отводящей вены опухоли.

5) Наконецъ, по мнѣнію *Schottländer*'а (1911), хоріоангіомы находятся на границѣ между истинными новообразованіями и гиперпластическими процессами.

Въ настоящее время не представляется возможнымъ придти къ окончательному заключенію, которая изъ четырехъ послѣднихъ, приведенныхъ мною, теорій о сущности и причинахъ развитія хоріоангіомъ наиболѣе приближается къ истинѣ. Къ такому же выводу пришло и большинство современныхъ авторовъ. Такъ, напримѣръ, проф. *В. Н. Орловъ* (1896) считаетъ источникомъ описанныхъ имъ хоріоангіомъ ворсинки хоріона. Относительно же условій возникновенія этихъ опухолей онъ пишетъ: „Причина, вызывающая новообразованія въ дѣтскомъ мѣстѣ или ограниченныя заболѣванія его ворсинъ не сифилитическаго происхожденія, пока еще неизвѣстна“ [1]). Условія же благопріятствующія развитію вышеназванныхъ патологическихъ процессовъ, по мнѣнію этого автора, лежатъ въ самомъ послѣдѣ. *Kacano* (1908) кончаетъ свою статью объ опухоляхъ послѣда приблизительно

[1]) *Орловъ*. Къ вопросу о плотныхъ опухоляхъ дѣтскаго мѣста. В. 1896. № 51. р. 1455.

слѣдующими словами: послѣ всего сказаннаго очевидно, что въ настоящее время не существуетъ обще-признаннаго объясненія происхожденія этихъ опухолей. Наконецъ, *Borst* въ 1911 г., хотя и причисляетъ хоріоангіомы къ простымъ гемангіомамъ, но тѣмъ не менѣе указываетъ, что одни авторы (*Gräfenberg*) относятъ эти опухоли къ ангіэктазіямъ, а другіе (*H. Albrecht*)—къ гамартомамъ.

На основаніи всего вышеизложеннаго нужно признать, что и до настоящаго времени, несмотря на многочисленныя изслѣдованія, какъ сущность и причины образованія хоріоангіомъ, такъ и характеръ ихъ роста остаются не выясненными.

Литература. 1788. **Clarke**. Account of a tumour found in the substance of the human placenta. Phil. T. London. см. Beneke, Dienst, Kermauner и др. — 1844. **Loebl**. Berichte. Zeitschr. G. A. Wien. см. ibidem. — 1844. **Danyau**. Gaz. méd. de Paris. p. 372. см. ibidem. — 1852. **Harper**. L. V 1. см. ibidem. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9; 1. p. 414—416. 1868. **Hildebrandt**. Myxoma fibrosum placentae. M.f.G. 31. p. 346. см. Dienst и Albrecht. — 1870. **Hyrtl**. Die Blutgefässe der menschlichen Nachgeburt. см. ibidem. — 1877. **Goodhart**. Bericht über Dr. Roper's Placentartumor. Obst. T. XIX. см. Dienst и Kermauner. — 1877. **Breus**. Ueber das Myoma fibrosum der Placenta. W.m.W. № 40. см. ibidem. — 1878. **Storch**. см. Kermauner, Dienst и др. — 1879. **Hodgen**. Br.m.J. см. Dienst и Kermauner. — 1880. **Fenomenow**. Zur Pathologie der Placenta. A.f.G. 15. см. Орловъ. — 1882. **Galabin**. Obst. T. XXIV. см. Dienst и Kermauner. — 1887. **Онъ-же**. Obst. T. XXVII. см. ibidem. — 1888. **Auvard**. Tumeur placentaire etc. A. de Tokologie. p. 120. см. ibidem. — 1888. **Guéniot**. Bull. et mém. de la soc. obst. et gyn. Paris. см. ibidem. — 1889. **Dupin et Chaband**. G. d'hôp. Toulouse. III. p. 73. см. ibidem. — 1890. **Kramer**. Ueber Fibroma chorii. Z. f. Geb. 18. p. 334. см. ibidem. — 1892. **Лазаревичъ**. Курсъ акушерства. С.II. см. Орловъ. — 1893. **Steinbüchl**. Zwei Fälle von sogen. Myxoma fibrosum Placentae. C. Gyn. № 25. см. Dienst и Kermauner. — 1896. **Merttens**. Ein Fall von Hyperplasie der Chorionzotten. Z. f. Geb. 31. p. 60. см. ibidem. — 1896. **Mars**. Angioma myxomatodes disseminatum placentae. M.f.G. IV. p. 229. см. L.O.E. VI. p. 1002, Dienst и др. — 1896. **Орловъ**. Къ вопросу о плотныхъ опухоляхъ дѣтскаго мѣста. В. № 50. p. 1431 и № 51. p. 1454. (Содержитъ перечень литературы). — 1897. **Niebergall**. Ueber Placentargeschwülste. M.f.G. 6. p. 475. см. Dienst и др. — 1898. **Albert**. Beiträge zur Pathologie der Placenta. A.f.G. 56. p. 152. см. L.O.E. VI. p. 1002; Kermauner и др. — 1899. **Osterloh**. Capillarangiom der Placenta. C. Gyn. p. 1232. — 1899. **Beneke**. Ein Fall von Chorionangiom. P.G. II. p. 407—409. — 1900. **v. d. Feltz**. Zur Kenntniss der Placentartumoren. M.f.G. XI. p. 779. см. Albrecht, Dienst и др. — 1900. **Eras**.

M.f.G. XI. p. 869. см. ibidem. — 1900. **Lehmann.** M.f.G. XI. p. 478. см. ibidem. — 1900. **Левиновичъ.** см. C. Path. - 1901. **Oberndorfer.** Ein Fall von Chorioangiom. B. Geb. V. p. 232. — 1901. **Bretschneider.** Placentartumor. C. Gyn. № 48. p. 1316. — 1902. **Solowij.** Zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Placenta. M.f.G. XVI/4. — 1902. **Calderini.** Tumore della placenta. VI Congresso ital. di ostetr. e ginecol. Roma. см. C. Path. — 1902. **Hoehl.** M.f.G. XVI p. 259. см. Kermauner. — 1903. **Calderini.** Ueber einen Placentartumor. M.f G. Ergänzungsh. zu XVII. p. 660. см. C. Path. p. 631. — 1903. **Dienst.** Über den Bau und die Histogenese der Placentargeschwülste. Z. f. Geb. 48 p. 191—261. (Содержитъ подробный перечень литературы). — 1903. **Wilczewski.** Klinischer und anatomischer Beitrag zur Lehre vom sogen. Choriom der Plazenta. I.D. Würzburg. см. C. Path. — 1903. **Jeamin.** Tumeurs de placenta et tumeurs placentaires. Progrès méd. см. C. Path. — 1903. **Kraus.** Angiom der Placenta. Z. f. Geb. 60. p. 53. - 1903. **Böhnke.** M.f.G. XVII. p. 675. см. Kermauner. — 1904. **Labhardt.** Beitrag zur Kasuistik der Placentartumoren. B. Geb. VIII. p. 185. — 1904. **Seitz.** Placentartumoren. Chorionangiome. In Winckel. Handbuch der Geburtshülfe. II/2. p. 1076. — 1904. **Finzi.** Un caso di chorioangioma. A. di ost. e ginec. Napoli. Anno II. p. 513. см. Kermauner и др. — 1904. **Ries.** Angioma of Placenta. Chicago gyn. Soc.; Am. J. Obst. № 50. см. L.O.E XII. p. 391; Kermauner и др. — 1904. **Dienst.** Weitere Beiträge zum Bau und zur Histogenese der Placentargeschwülste. Verh. d. G. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte. 76 Vers. Breslau; M.f.G. XX. p. 1052. — 1904. **Santi.** Un caso di tumore di placenta. La Ginec. Firenze. p. 576. см. Kermauner. — 1905. **Buttermann.** Zwei Placentartumoren. Дем. C. Gyn. p. 1423. — 1905. **Ferroni.** Sopra una forma non commune di tumore placentare. An. di ost. e. ginec. Milano. p. 456. см. C. Path., Kermauner и др. — 1905. **Viana.** Un caso di tumore placentare. La Ginec. Firenze. p. 229. см. Kermauner. — 1905. **Eggel.** Дем. C. Gyn. p. 1505. — 1905. **Schickele.** Die Angiome der menschlichen Placenta. B. Geb. IX. p. 481—487. — 1906. **Walz.** Ueber Placentartumoren. P.G. X. p. 279—282. — 1906. **Marchand.** Пренія послѣ доклада Walz'a. Ibidem. — 1906. **Fischer und Zieler.** Pathologie der Angiome. L.O.E. X. p. 839—842. — 1906. **Colin.** Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives et particulièrement des angiomes de la placenta. Thèse. Lyon. см. C. Gyn. 1907. № 38. p. 1852 и I. B. Geb. 1907. XXI. p. 560. — 1906. **Dienst.** Дем. C. Gyn. P.G. p. 1051. — 1906. **Marschak.** 4 Fälle von Placentartumoren. I. D. Breslau. см. Kermauner. — 1907. **Pitha.** Ueber Placentartumoren. Wiener klin. Rundschau. № 28—32 и 34—36. см. C. Gyn. № 48. p. 1663; I. B. Geb. XXIII. p. 599. — 1907. **Kermauner.** Angiom der Placenta. A.f.G. 81. p. 554—565. (Содержитъ перечень литературы). — 1907. **Онъ-же.** Ein Fall von Chorioangiom. M. f. Geb. XXVI. — 1907. **H. Albrecht.** Die Geschwülste des weiblichen Genitaltraktus in ihrer Bedeutung für die allgemeine Geschwulstlehre etc. B. Angiom der Placenta. F. Z. I. p. 605. — 1908. **Schindler.** Zur Kenntniss der Angiome der Placenta. A.f.G. 84. p. 423—442. — 1908. **Ravano.** Placentartumor. A.f.G. 86. — 1908. **Lampugnani.** Contributo istologico-clinico allo studio dei tumori placentari. Atti d. Soc. Ital. di Ostetr. e Ginec. 14. p. 315. см.

I. B. Geb. XXII. p. 581. — 1908. **Funck-Brentano e Durante.** Gynécologia. № 6. см. C. Gyn. 1909. № 41. p. 1439; I. B. Geb. XXIII. p. 599. — 1908. **Gräfenberg.** Sind die Chorionangiome echte Geschwülste? Z. Geb. 63. p. 537—558. — 1909. **Lange.** Дем. Medicin. Verein zu Greifswald. 23. I. Пр. in D.m.W. № 31. p. 1372. — 1909. **Schlendzka.** Ein Fall von Placentartumoren. I.D. Greifswald. см. C. Path. — 1909. **Eicke.** Chorioma placentae. Bericht aus d. gynäk. Ges. in Breslau. см. C. Gyn. № 7. p. 260; M. f. Geb. 29/3. — 1909. **Pulvirenti.** Sopra un caso dei tumore placentare. Il Policlinico, sez. chir. XVI. см. C. Chir. 51. p. 1776 и I. B. Geb. XXIII. p. 596. — 1909. **Thenveny.** Un cas d'angiome du placenta. Soc. obst. de France. P. m. № 91. p. 813. — 1909 **Thaler.** Demonstration von Placentartumoren. Geb.-gyn. Ges. Wien. 14. XII. см. C. Gyn. 1910. № 23. p. 788—789; M.Kl. 1910. № 9. p. 361. — 1909. **Schottländer.** Пренія къ докладу Thaler'a. Ibidem. — 1910. **Bertoloni.** Rendiconti d. Soc. Toscana di Ost. e Ginec. 15. V; La Ginecologia. p. 503. см. M.f.G. 1911. p. 539. — 1910. **Santi.** Ibidem. — 1910. **Hauser.** Über den Geschwulstcharakter des Chorioangioma placentae. I. D. München. — 1911. **Kummer.** Zur Frage der Placentartumoren. B. Geb. XVII. p. 451—461. — 1911. **Hauser.** Ein kapseltragendes Chorioangiom. B. Geb. XVI. p. 475—480. — 1911. **Borst.** Echte Geschwülste (Blastome). In Aschoff. Pathologische Anatomie. 1. p. 669. — 1912. **Fischer.** Дем. Aerztl. Verein in Frankfurt. a.M. 1. IV. см. M.m.W. № 20. p. 1131. — 1912. **Johnstone.** Дем. 80 Meeting of the Br. med. Assoc. Liverpool. 26. VII. см. M.m.W. № 40. p. 2201. — **Alin.** Om placentarwulster. Nordisk medicinsk A. 23. № 4 и **Ackermann.** см. Dienst, Kermauner и др. —

ГЛАВА XV.

Гемангіомы центральной нервной системы.

А. Гемангіомы головного мозга.

Частота нахожденія въ головномъ мозгу опухолей вообще и гемангіомъ въ частности. Распредѣленіе опубликованныхъ случаевъ гемангіомъ мозга на группы соотвѣтственно ихъ гистологическому строенію. Перечень случаевъ, относительно которыхъ такое дѣленіе оказалось невозможнымъ.—Простыя гемангіомы мозга. Частота ихъ нахожденія, ихъ казуистика и строеніе.—Кавернозныя гемангіомы мозга. Частота ихъ нахожденія и ихъ казуистика. Распредѣленіе ихъ по полу и возрасту заболѣвшихъ и по анатомическому расположенію. Макроскопическія особенности и гистологическое строеніе кавернозныхъ гемангіомъ. Ихъ ростъ, этіологія и исходы.—Рацемозныя ангіомы: артеріальныя и венозныя рацемозныя ангіомы. Казуистика, макро-и микроскопическія особенности строенія и генезъ ихъ.

Опухоли головного мозга наблюдаются не особенно часто. Такъ, напримѣръ, *Allen Star* и *Byron Branwell* (1897) опредѣлили ихъ 162 раза на 26476 больныхъ, что соотвѣтствуетъ 0,6%. *Seidell* наблюдалъ опухоли мозга у 1,25%, а *Bruns* (1904 и 1908) — у 2% лицъ, обращавшихся къ нимъ. При 13832 вскрытіяхъ, произведенныхъ въ четырехъ различныхъ учрежденіяхъ, опухоли мозга были найдены, по *Allen Star*'у, 132 раза, т. е. въ 1% всѣхъ вскрытій. Отмѣчу, что въ противоположность мнѣнію приведенныхъ авторовъ, *Cusching* (1909) считаетъ опухоли мозга очень частыми находками, а *Oppenheim* (1897 и 1902) даже указывалъ, что мозгъ является излюбленнымъ мѣстомъ („Prädilectionsstelle“) нахожденія опухолей.

Среди опухолей головного мозга *гемангіомы* по частотѣ занимаютъ одно изъ послѣднихъ мѣстъ.

Въ цѣломъ рядѣ работъ, посвященныхъ изученію опухолей какъ мозга въ цѣломъ, такъ и его частей, о гемангіомахъ совершенно не упоминается. Такъ, напримѣръ, *White* (1886), *Beauclair* (1891), *Brünniche* (1903), *Walton* (1906) и *Taylor* (1912) изслѣдовали 963 опухоли головного мозга, среди которыхъ гемангіомъ не было. Другіе авторы, сдѣлавшіе предметомъ своихъ изслѣдованій отдѣльныя области головного мозга, также не упоминаютъ о гемангіомахъ. Изъ такихъ авторовъ назову *Müller*'а (1903), изучившаго 118 опухолей лобной доли, *Wetzel*'я (1890), *Frazier*'а (1905), *Weisenburg*'а (1905), *Berteaux и Burnier* (1909) и *Hildebrand*'а (1909), изслѣдовавшихъ 252 опухоли мозжечка, *Henneberg и Koch*'а (1902) и *Henschen*'а (1910), описавшихъ около 70 опухолей мозжечково-мостового угла, *Bernhard*'а (1881) и *d'Orsay Hecht и Herzog*'а (1909), собравшихъ рядъ опухолей мозгового придатка, *Bruns*'а (1886), *Giese* (1892), *Puttnam и Williams*'а (1901) и *Bregmann*'а (1905), описавшихъ около 40 опухолей мозолистаго тѣла и т. д.

Въ рядѣ другихъ работъ встрѣчаются упоминанія и о гемангіомахъ. Такъ, напримѣръ, *Bernhard* приводитъ двѣ гемангіомы (на 480 опухолей), *Allen Star* (1897)—четыре (изъ числа 77 оперированныхъ разными лицами опухолей мозга), *Bruns* (1904)—одну (изъ числа 15 оперированныхъ опухолей мозга), *Leischner* (1909)—тоже одну (изъ числа 23 опухолей мозга, оперированныхъ *Eiselsberg*'омъ за 6 лѣтъ), *Coutela* — четыре (изъ числа 53 новообразованій IV желудочка), наконецъ, *Duret* (1905) упоминаетъ о пяти гемангіомахъ (изъ числа 400 опухолей мозга, собранныхъ имъ изъ литературы).

Кромѣ вышеприведенныхъ данныхъ, существуетъ рядъ работъ, въ которыхъ авторы старались собрать всѣ разрозненные въ литературѣ отдѣльные случаи гемангіомъ головного мозга. Такъ, *Schmidt* (1905) собралъ изъ литературы 16 случаевъ, *Lavillette* (1906) — тоже 16, *Nebel* (1905) — 21 и *Zabel* (1905) — 23 случая гемангіомъ этого органа.

Хотя принятая въ настоящее время гистологическая классификація опухолей мозга вообще *(Cusching)* и сосудистыхъ его опухолей въ частности является весьма неудовлетворительной, тѣмъ не менѣе пришлось, для удобства изло-

женія, раздѣлить весь относящійся къ данной главѣ матеріалъ на группы, соотвѣтственно гистологическому строенію описанныхъ въ литературѣ гемангіомъ мозга.

Къ сожалѣнію, относительно нѣкоторыхъ, опубликованныхъ въ литературѣ, случаевъ гемангіомъ мозга у меня нѣтъ достаточно подробныхъ данныхъ, чтобы съ увѣренностью отнести описанныя опухоли къ той или другой группѣ гемангіомъ. Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Lebert* 1857, *Pollosson* 1892, *Auvray* 1896, *Deetz* 1901, *Moreau* 1905, *Creutzefeld* 1908, *Rudolf и Mackenzie* 1909, *Morris и Guldenarm* и *Lenz и Winkler* (время опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстно).

Приведу для полноты литературнаго очерка имѣющіяся у меня свѣдѣнія о работахъ перечисленныхъ авторовъ.

Lebert привелъ подробное описаніе и рисунокъ сосудистой опухоли мозга, найденной имъ при вскрытіи 86-лѣтней женщины. Опухоль находилась въ заднемъ отдѣлѣ праваго полушарія мозга, достигала величины куринаго яйца и состояла преимущественно изъ вѣтвей art. meningeae mediae и изъ венъ. Расположеніе опухоли было поверхностное; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ изъ нея въ ткань мозга проникали множественные тонкіе сосуды. Въ промежуткахъ между сосудами, составлявшими опухоль, была найдена мягкая ткань, состоявшая изъ круглыхъ или овоидныхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоли были видны кровоизліянія. Окружающая опухоль мозговая ткань была сдавлена и размягчена. Несмотря на тщательное микроскопическое изслѣдованіе, *Lebert* ограничивается діагнозомъ „tumeur érectile du cerveau“.

Pollosson на съѣздѣ французскихъ хирурговъ сообщилъ объ удаленной имъ ангіомѣ мозга у семилѣтней дѣвочки, страдавшей эпилепсіей. Случай окончился смертью; подробностей относительно строенія опухоли не приводится.

Auvray описалъ у молодого человѣка подкорковую ангіому правой психомоторной области, на уровнѣ центровъ лѣвой верхней конечности и лица. Опухоль была удалена д-ромъ *Poirier*. Въ работѣ *Auvray* не имѣется никакихъ указаній на детали строенія опухоли.

Deetz, наряду съ представленіемъ ангіомы позвоночника и артеріальной рацемозной ангіомы мозга (см. ниже), демонстрировалъ еще одинъ случай ангіомы мозга. Однако въ рефератѣ его сообщенія нѣтъ никакихъ подробностей относительно послѣдняго случая.

Moreau демонстрировалъ въ мед. обществѣ въ Ліонѣ случай сосудистой опухоли лобной доли. Описаніе его случая мнѣ не было доступно.

Creutzefeld описалъ три случая опухоли придатка мозга, не со-

провождавшіеся акромегаліей. Въ доступномъ для меня рефератѣ его работы указано, что одна изъ этихъ опухолей представляла собой „angiomatöses Angiom" *(?)*. Природа этого образованія, въ виду недоступности оригинала, осталась для меня не выясненной.

Guldenarm, Lenz и Winkler описали ангіому правой двигательной области мозга, удаленную у 32-лѣтняго мужчины. Микроскопическое изслѣдованіе удаленнаго сѣро-синеватаго участка мозга обнаружило наличность тонкостѣнныхъ сосудовъ, расположенныхъ среди измѣненной коры мозга. Arachnoidea и pia были слегка утолщены и инфильтрированы круглыми клѣтками.

Укажу, что *Cassirer и Mühsam* (1911) въ своей работѣ причислили этотъ случай къ рацемознымъ венознымъ ангіомамъ.

Наконецъ, *Rudolf и Mackenzie* описали найденную при вскрытіи сосудистую опухоль мозга, а *Morris*—ангіому сосудистой оболочки мозга. Къ сожалѣнію, ни оригиналы, ни подробные рефераты работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не были доступны.

Всѣ остальные случаи гемангіомъ мозга, собранные мною изъ доступной для меня литературы, распредѣлены на слѣдующія три группы: простыя, кавернозныя и рацемозныя ангіомы.

а) **Простыя гемангіомы.** По *Virchow*'у (1863), центральная нервная система является излюбленнымъ мѣстомъ локализаціи простыхъ гемангіомъ. По тому же автору, *Schröder van der Kolk* (1858) первый обратилъ вниманіе на телеангіэктазіи въ головномъ мозгу и привелъ въ связь существованіе этихъ сосудистыхъ измѣненій съ развитіемъ эпилепсіи. Самъ *Virchow* встрѣчалъ телеангіэктазіи въ головномъ мозгу довольно часто, преимущественно въ области IV желудочка, однако не находилъ указанной связи съ эпилепсіей.

Почти всѣ послѣдующіе авторы (*Struppler* 1900, *Oppenheim* 1902, *Bielchowsky* 1902, *Creite* 1903, *Bruns* 1904, *Ziegler* 1905, *Finkelnburg* 1905, *Худяковъ* 1910, *Heller* 1912 и др.) ссылаются на *Virchow*'а и указываютъ на частоту нахожденія телеангіэктазій и на рѣдкость нахожденія кавернозныхъ гемангіомъ въ мозгу.

Однако, мнѣ въ доступной для меня литературѣ удалось найти лишь очень незначительное количество описаній случаевъ простыхъ гемангіомъ (телеангіэктазій) головного мозга.

Такіе случаи наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, слѣ-

дующіе авторы: *Virchow* 1851, 1862, 1864, *Förster* 1863, *Hofmann* 1884, *Schrötter* 1891, *Péan* 1891, *Shaller* 1894, *Allen Star* и *Mc. Cosh* 1894, *Hectoen* 1896, *Cassirer* 1901, *Kalischer* 1901, *Enders* 1908, *Heller* 1912 и *Beadles* (годъ опубликованія работы послѣдняго автора мнѣ не извѣстенъ).

Въ случаяхъ *Schrötter*'а и *Cassirer*'а діагнозъ былъ поставленъ только на основаніи клинической картины заболѣванія. *(?)* Случаи *Förster*'а, *Hofmann*'а, *Allen Star*'а и *Mc. Cosch*'а въ доступныхъ для меня рефератахъ приведены лишь кратко, а потому являются для меня мало выясненными. Наконецъ, совершенно недоступными оказались для меня какъ оригинальныя работы, такъ и достаточно подробные рефераты работъ *Shaller*'а (описавшаго, по словамъ *Nebel*'я, случай, сходный со случаемъ *Kalischer*'а), *Hectoen* (изслѣдовавшаго простую гемангіому мозжечка), *Heller*'а (демонстрировавшаго мозгъ, въ которомъ были найдены телеангіэктазіи) и *Beadles* (описавшаго телеангіэктазію въ лѣвой лобной долѣ). Добавлю, что послѣдній случай цитируется *Dobson*'омъ, какъ похожій на описанную имъ самимъ кавернозную гемангіому мозга.

Перехожу къ остальнымъ случаямъ простыхъ гемангіомъ головного мозга.

Virchow описалъ нѣсколько такихъ случаевъ.

Въ одномъ изъ нихъ (1851) онъ нашелъ у женщины въ Вароліевомъ мосту красноватый участокъ, состоявшій изъ пузырчатыхъ эктазій. Послѣднія имѣли шаровидную форму и исходили большей частью изъ капилляровъ и только отчасти изъ самыхъ маленькихъ венъ. У той же женщины кромѣ того была найдена „характерная телеангіэктазія печени".

Въ другомъ случаѣ (1862) *Virchow* наблюдалъ у женщины 48 лѣтъ телеангіэктатическую опухоль въ области corpus striatum dext. Размѣры опухоли были: 2 mm. $\times$ 5 mm.; между расширенными сосудами была видна мозговая ткань.

Третья опухоль (1864), наблюдавшаяся *Virchow*'ымъ, была по величинѣ наибольшая изъ встрѣтившихся ему телеангіэктазій мозга. Опухоль занимала все основаніе одного изъ полушарій мозга и проникала въ области Сильвіевой борозды черезъ кору и бѣлое вещество мозга въ nucleus lenticularis. Подъ микроскопомъ *Virchow* опредѣлилъ простыя расширенія сосудовъ („blosse Ektasien" [1]) и назвалъ опухоль angioma simplex lobi medii cerebri.

---

[1]) V. p. 450.

На основаніи микроскопическаго изслѣдованія *Virchow* считалъ, что сущность процесса заключалась „въ постепенномъ расширеніи капилляровъ и мелкихъ венъ съ образованіемъ „ампуллярныхъ пузырьковъ“ („ampulläre Blasen“ [1]).

Упомяну, что *Zabel* причислилъ всѣ три случая *Virchow*'а къ кавернознымъ гемангіомамъ.

Péan нашелъ у 15-лѣтняго мальчика во время операціи объемистую гемангіому *мягкой мозговой оболочки*, находившуюся въ связи при посредствѣ широкой вены съ sinus longitudinalis superior. Опухоль состояла изъ клубковъ расширенныхъ и извитыхъ капилляровъ, переходящихъ безъ рѣзкихъ границъ въ окружающіе сосуды мягкой мозговой оболочки. *Péan* причислилъ описанную имъ опухоль къ простымъ ангіомамъ.

Kalischer у ребенка $1^1/_2$ лѣтъ при вскрытіи нашелъ скопленіе расширенныхъ и извитыхъ сосудовъ различнаго калибра въ области лѣваго полушарія мозга въ центральныхъ и теменныхъ извилинахъ. У того же ребенка были обширныя телеангіэктазіи покрововъ лѣвой половины лица и черепа. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли мозга было констатировано новообразованіе сосудовъ различной величины, преимущественно капилляровъ и мелкихъ венъ. Сосуды распространялись главнымъ образомъ въ *мягкой оболочкѣ* по поверхности мозга и лишь мѣстами немного внѣдрялись въ кору его.

Авторъ не настаиваетъ на новообразовательномъ характерѣ описанной имъ опухоли и называетъ ее телеангіэктатической ангіомой, считая ее врожденной аномаліей сосудистаго аппарата.

Въ случаѣ *Enders*'а у женщины 60 лѣтъ при вскрытіи неожиданно была найдена ангіома Вароліева моста. Опухоль состояла изъ сосудистаго клубка, въ составъ котораго входили почти исключительно небольшіе артеріальные сосуды и капилляры, а также нѣсколько тонкостѣнныхъ мѣшковидно расширенныхъ небольшихъ полостей, происхожденіе которыхъ осталось невыясненнымъ. Стѣнки сосудовъ опухоли представлялись нормальными, лишь въ нѣкоторыхъ отмѣчено гіалиновое перерожденіе средней и наружной оболочекъ. Сосудистый клубокъ широкимъ основаніемъ прикрѣплялся къ стѣнкѣ полости неправильной формы, величиной съ чечевицу. Наличность этой полости вызвала у автора предположеніе, что опухоль при измѣненіи кровяного давленія могла набухать и спадаться.

Enders назвалъ найденную имъ опухоль артеріальной ангіомой и, въ виду отсутствія явленій роста, причислилъ ее къ порокамъ развитія, къ гамартомамъ *Albrecht*'а.

---

[1]) V. p. 450.

Резюмируя данныя приведеннаго краткаго обзора казуистики простыхъ ангіомъ мозга, я долженъ указать, что случаи *Virchow*'а, несмотря на произведенное микроскопическое ихъ изслѣдованіе, должны считаться спорными. Въ этихъ случаяхъ, по всей вѣроятности, имѣли мѣсто чисто пассивные процессы—расширенія капилляровъ и мелкихъ артерій и венъ, ничего общаго не имѣющія, по моему мнѣнію, съ гемангіомами.

Бо́льшій интересъ представляютъ случаи *Péan*, *Kalischer*'а и *Enders*'а. Въ первыхъ двухъ случаяхъ сосудистыя образованія локализировались въ мягкой оболочкѣ мозга и только въ послѣднемъ—въ самомъ мозгу. Различной локализаціи соотвѣтствуютъ и различія гистологическаго строенія упомянутыхъ образованій: въ первыхъ двухъ случаяхъ опухоли оказались состоящими изъ сосудовъ преимущественно капиллярнаго типа (angioma capillare), въ случаѣ же *Enders*'а—изъ сосудовъ преимущественно артеріальнаго типа (angioma arteriosum).

Что касается этіологіи этихъ опухолей, то всѣ три упомянутыхъ автора считаютъ, что описанныя ими сосудистыя образованія мозга и его оболочекъ являются результатомъ порока развитія.

b) Кавернозныя гемангіомы головного мозга. Кавернозныя гемангіомы встрѣчаются, по авторамъ, въ головномъ мозгу очень рѣдко. Такъ напримѣръ, *Lavillette* (1906) и *Baum* (1911) собрали изъ литературы только пять случаевъ такихъ опухолей, *Zabel* (1905) и *Nebel* (1905) — по шесть, *Schmidt* (1905) — семь, *Худяковъ* (1910) — восемь, и, наконецъ, *Аствацатуровъ* (1911) — девять кавернозныхъ гемангіомъ головного мозга.

Первая кавернозная гемангіома вещества мозга, повидимому, была описана *Luschka* (1854). *Virchow* (1854), однако, считалъ этотъ случай недостаточно точно изслѣдованнымъ и даже не упомянулъ о немъ въ своей лекціи (1863) о гемангіомахъ.

Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ указанія на цѣлый рядъ авторовъ, наблюдавшихъ кавернозныя гемангіомы мозга.

Эти авторы слѣдующіе: *Guersant fils* 1846, *Luschka* 1854, *Rokitansky* 1855, *Valenta и Wallmann* 1858, *Guérard* 1860,

Luys 1860, *Förster* 1863, *Goodhard* 1884, *Joseph* 1889, *Bremer и Carson* 1890, *Poirier-Auvray* 1896, *Bruns* 1897, *Россолимо* 1897, *Oliver и Williamson* 1898, *Ohlmaeher* 1899, *Shoyer* 1900, *Struppler* 1900, *Bielchowsky* 1902, *Bergmann* 1902, *Creite* 1903, *Engelhard* 1904, *Becker* 1904, *Schmidt* 1905, *Finkelnburg* 1905, *Zabel* 1905, *Dobson* 1907, *Beitzke* 1907, *Nambu Takakazu* 1907, *Rudolf и Maekenzie* 1909, *Tuffier* 1909, *Tillmann* 1910, *Аствацатуровъ* 1910, *Худяковъ* 1910, *Ваит* 1911 и *Аствацатуровъ* 1911.

Нѣкоторые изъ приведенныхъ авторовъ или совсѣмъ не производили микроскопическихъ изслѣдованій описанныхъ ими гемангіомъ (*Poirier-Auvray*, *Bruns*, *Tuffier*, *Tillmann*), или представили недостаточно подробныя описанія ихъ (*Guersant fils*, *Rokitansky*, *Guérard*, *Förster*, *Rudolf и Maekenzie* и др.).

Въ таблицѣ *№ 7*, помѣщенной въ приложеніи, мною приведены краткія описанія случаевъ кавернозныхъ гемангіомъ мозга, въ которыхъ, насколько мнѣ извѣстно, діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ опухоли.

Распредѣленіе больныхъ съ кавернозными гемангіомами мозга, упомянутыхъ въ таблицѣ *№ 7*, по полу и возрасту представлено мною въ видѣ нижеслѣдующей таблицы XXVII.

Таблица XXVII.

Полъ	ВОЗРАСТЪ							Всего
	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	
мужч. . .	2	1	4	2	3	1	1	14
женщ. . .	—	—	4	1	2	—	2	9
Итого .	2	1	8	3	5	1	3	23

Чаще кавернозныя гемангіомы мозга наблюдались у мужчинъ—въ 14 случаяхъ, рѣже у женщинъ — въ 9 случа-

яхъ. Это обстоятельство противорѣчитъ обычнымъ указаніямъ (*Аствацатуровъ* и др.) на болѣе частое нахожденіе этихъ опухолей у лицъ женскаго пола.

Возрастъ больныхъ, повидимому, большого значенія не имѣетъ: наименьшій возрастъ былъ 3 года, наибольшій—63 года. Но все же чаще кавернозныя гемангіомы мозга наблюдались въ цвѣтущемъ возрастѣ—отъ 20 до 50 лѣтъ.

Что касается стороны пораженія, то чаще всего отмѣчена лѣвая сторона — 11 разъ, рѣже правая — 7 разъ. Въ трехъ случаяхъ (*Goodhard*, *Joseph* и *Finkelnburg*) сторона пораженія не была указана, изъ нихъ въ двухъ послѣднихъ случаяхъ опухоль помѣщалась въ IV желудочкѣ. Кромѣ того, въ двухъ случаяхъ (*Ohlmacher*'а и *Creite*) при множественныхъ опухоляхъ пораженными оказались обѣ стороны.

Разбирая анатомическое расположеніе въ мозгу приведенныхъ въ таблицѣ *№ 7* опухолей, нетрудно замѣтить, что наичаще онѣ локализируются въ психомоторной области, т. е. въ обѣихъ центральныхъ извилинахъ (въ восходящей лобной и восходящей теменной), въ парацентральной долькѣ и въ operculum. По *Flechsig*'у, къ психомоторной области нужно отнести также основаніе трехъ горизонтальныхъ лобныхъ извилинъ и часть внутренней лобной извилины, а по *Monakow*'у — переднія части горизонтальныхъ теменныхъ извилинъ. Наиболѣе важнымъ мѣстомъ, въ которомъ у человѣка локализируется большинство извѣстныхъ двигательныхъ центровъ, является, по *Hitzig*'у, *Kocher*'у и *Krause*, передняя центральная извилина и прилежащія къ ней части основаній трехъ лобныхъ извилинъ. Въ этой психомоторной области кавернозныя гемангіомы, помѣщенныя въ таблицѣ *№ 7*, найдены были 10 разъ, при чемъ 4 раза случайно при вскрытіи (случаи *Shoyer*'а, *Struppler*'а, *Аствацатурова* и *Худякова*). Шесть разъ эти опухоли были найдены во время операціи (случаи *Bremer и Carson*, *Россолимо*, *Oliver и Williamson*, *Bergmann*'а, *Engelhard-Schmidt*'а и *Baum*'а).

Въ другихъ областяхъ мозга кавернозныя гемангіомы были найдены лишь при вскрытіи, а именно: въ области бѣлаго вещества лобной доли — два раза (случаи *Luschka* и *Bielchowsky*), въ височной и теменной доляхъ — по одному разу (случай *Becker*'а и первый случай *Аствацатурова*), въ

centrum semiovale—одинъ разъ (случай *Goodhard*'а), въ Варолiевомъ мосту — два раза (случаи *Zabel*'я и *Nambu*) и въ IV желудкѣ — два раза (случаи *Joseph*'а и *Finkelnburg*'а).

Всѣ приведенные случаи, кромѣ послѣдняго, являются одиночными. Множественныя кавернозныя гемангiомы головного мозга описали слѣдующiе авторы: *Ohlmacher* (3 опухоли), *Finkelnburg* (2 опухоли), *Dobson* (3 опухоли) и *Creite* (8 опухолей). Подробности относительно локализацiи множественныхъ опухолей приведены мною въ таблицѣ № 7.

Величина опухолей колебалась въ широкихъ предѣлахъ: отъ величины булавочной головки (случай *Creite*) до очень большихъ размѣровъ, напримѣръ, 4 cm.×3 cm.×3 cm. (случай *Engelhard-Schmidt*). Такiя большiя опухоли отмѣчены въ четырехъ случаяхъ. Четыре раза онѣ достигали величины грецкаго орѣха и три раза — величины голубинаго яйца. Остальныя опухоли были небольшихъ размѣровъ, такъ, напримѣръ, въ двухъ случаяхъ онѣ были лишь нѣсколько больше горошины.

Капсула у этихъ опухолей была найдена лишь въ одномъ случаѣ (*Bielchowsky*), а въ девяти категорически указывается на отсутствiе капсулы. Уже на основанiи этого можно не соглашаться съ мнѣнiемъ *Bielchowsky*, по которому капсула является обязательной составной частью каждой кавернозной гемангiомы.

Интересны случаи, въ которыхъ кавернозныя гемангiомы находились въ стѣнкахъ кистъ (случаи *Bielchowsky* и *Baum*'а), выдаваясь въ полость послѣднихъ. Напомню, что простая гемангiома мозга, также съ локализацiей въ стѣнкѣ кисты, была описана *Enders*'омъ (см. стр. 421).

Что касается *микроскопической* картины кавернозныхъ гемангiомъ мозга, то она является довольно однообразной. Подъ микроскопомъ открываются полости различной величины, выстланныя однорядным плоскимъ эндотелiемъ и раздѣленныя другъ отъ друга соединительнотканными перегородками. Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ мозговой ткани совершенно не видно и онѣ являются болѣе рѣзко ограниченными, въ другихъ (случаи *Shoyer*'а, *Bergmann*'а, *Creite*, *Zabel*'я, *Nambu* и др.), напротивъ, между полостями открыва-

ются въ большей или меньшей степени измѣненные участки мозговой ткани, благодаря чему такія опухоли (случаи *Bergmann*'а, *Creite*) принимаютъ своеобразный диффузный видъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (*Худякова* и др.) въ центрѣ опухоли мозговая ткань отсутствуетъ, но она ясно выражена среди полостей периферическихъ отдѣловъ опухоли. Строеніе стѣнокъ кавернозныхъ полостей въ гемангіомахъ мозга также оказывается не одинаковымъ: одни авторы (*Shoyer*, *Bergmann* и др.) указываютъ на преимущественно венозный характеръ этихъ стѣнокъ, а другіе (*Россолимо*, *Худяковъ* и др.) настаиваютъ на смѣшанномъ (артеріальномъ и венозномъ) ихъ характерѣ. Содержимое полостей обыкновенно состоитъ изъ крови, но часто также изъ тромботическихъ массъ, что указываетъ на нарушеніе правильности кровообращенія въ полостяхъ (замедленіе тока крови и т. д.).

Почти всѣ авторы отмѣчаютъ различныя вторичныя измѣненія мозговой ткани по окружности кавернозныхъ гемангіомъ. Нѣкоторые (*Struppler*, *Creite*, *Аствацатуровъ* и др.) находили объизвествленіе стѣнокъ сосудовъ мозга, особенно часто въ капиллярахъ. *Аствацатуровъ* считаетъ объизвествленіе стѣнокъ капилляровъ мозга явленіемъ типичнымъ для кавернозныхъ гемангіомъ этого органа.

Единичными являются наблюденія *Goodhard*'а, нашедшаго всю опухоль объизвествленной, и *Creite*, констатировавшаго образованіе костныхъ бляшекъ въ перегородкахъ одной изъ найденныхъ имъ кавернозныхъ гемангіомъ.

Ростъ кавернозныхъ гемангіомъ мозга крайне медленный и почти незамѣтный. Обычно описываемыя измѣненія въ окружающей мозговой ткани объясняются не столько ростомъ опухоли, сколько измѣненіями въ кровенаполненіи ея. Однако и ростъ опухоли также имѣетъ мѣсто, при чемъ, по однимъ авторамъ, происходитъ разрушеніе мозговой ткани и замѣщеніе ея полостями опухоли, а по другимъ (*Finkelnburg*), лишь отдавливаніе окружающихъ частей мозга. Послѣдній взглядъ однако встрѣчается рѣже и не согласуется съ фактомъ нахожденія среди полостей опухоли участковъ измѣненной мозговой ткани.

Относительно развитія кавернозныхъ гемангіомъ мозга большинство авторовъ высказывается въ томъ смыслѣ, что

его слѣдуетъ отнести къ зародышевому періоду и что оно является слѣдствіемъ врожденной неправильной или избыточной закладки сосудистыхъ зачатковъ мозга. Но нѣкоторые авторы (*Bremer и Carson*, *Россолимо*, *Аствацатуровъ*) допускаютъ возможность, что въ происхожденіи такихъ опухолей видную роль играютъ кровоизліянія при травмахъ. Такъ, напримѣръ, *Россолимо* считаетъ возможнымъ образованіе сосудистыхъ опухолей мозга, благодаря избыточному разрастанію сосудовъ по окружности кровоизліянія. Такое избыточное разрастаніе сосудовъ возможно, по *Россолимо*, лишь при условіи наличности „особаго" предрасположенія со стороны сосудистой системы. („Dabei muss", пишетъ этотъ авторъ, „wie es scheint, eine besondere Prädisposition von Seiten des Gefässsystems überhaupt angenommen werden")[1]).

Разбирая вопросъ о томъ, въ какихъ частяхъ мозга можетъ имѣть мѣсто первичный порокъ развитія, *Аствацатуровъ* указываетъ на несомнѣнную связь стромы опухоли съ сосудистой оболочкой мозга и высказываетъ взглядъ, что кавернозныя гемангіомы мозга берутъ свое начало именно изъ послѣдней. Въ пользу этого взгляда говоритъ, по моему мнѣнію, также то обстоятельство, что эти опухоли гораздо чаще локализируются въ корѣ мозга, чѣмъ въ бѣломъ веществѣ его. Не касаясь этого вопроса, рядъ авторовъ (*Creite*, *Engelhard-Schmidt*, *Zabel* и др.) довольствуется тѣмъ, что устанавливаетъ генетическую связь между предсуществовавшими капиллярами и полостями опухоли, находя при изслѣдованіи всевозможныя переходныя формы отъ первыхъ къ послѣднимъ.

Въ то время, какъ большинство авторовъ причисляетъ кавернозныя гемангіомы мозга къ гамартомамъ, т. е. къ порокамъ развитія, *Finkelnburg* считаетъ описанную имъ опухоль настоящимъ сосудистымъ новообразованіемъ, съ прогрессивнымъ ростомъ въ окружающую ткань мозга. Однако, просматривая описаніе этого случая, я не нашелъ достаточныхъ данныхъ для установленія подобнаго взгляда и склоненъ допустить, что и въ случаѣ *Finkelnburg*'а мы скорѣе

---

1) *Rossolimo*. Ueber Resultate der Trepanation bei Hirntumoren. 2. Angioma cavernosum. A. Psych. 1897. 29. p. 543.

имѣемъ дѣло тоже съ гамартомой. Этотъ взглядъ подтверждается также тѣмъ фактомъ, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ одновременно съ гемангіомами наблюдались и другіе пороки развитія мозга. Такъ, напримѣръ, *Shoyer*, *Struppler*, *Dobson* и др. отмѣтили въ описанныхъ ими случаяхъ одновременное нахожденіе кавернозныхъ гемангіомъ мозга и недоразвитія отдѣльныхъ частей мозга (гипоплазія отдѣльныхъ извилинъ и цѣлыхъ долей мозга).

Остается сказать объ исходѣ кавернозныхъ гемангіомъ мозга. Въ большинствѣ случаевъ эти опухоли или совсѣмъ не увеличиваются, или ростъ ихъ происходитъ на столько медленно, что онѣ зачастую не даютъ никакихъ клиническихъ симптомовъ. Поэтому не удивительно, что многія изъ такихъ опухолей представляютъ обычное строеніе кавернозныхъ гемангіомъ съ наличностью ряда болѣе или менѣе сильно выраженныхъ дегенеративныхъ процессовъ (гіалиновое или слизистое перерожденіе перегородокъ, отложеніе извести и др.) Во многихъ случаяхъ, вѣроятно подъ вліяніемъ паденія кровяного давленія и другихъ затрудненій въ кровообращеніи, наступаетъ свертываніе крови въ полостяхъ и образованіе тромбовъ, которые затѣмъ организуются. Въ связи съ этимъ можетъ наступить запустѣніе полостей (случай *Namba*). Наблюдалось также объизвествленіе тромбовъ и перегородокъ между полостями (случаи *Goodhard*'а, *Аствацатурова* и др.) и даже образованіе. костныхъ бляшекъ (сл. *Creite*). Съ другой стороны описаны случаи, гдѣ, вѣроятно, подъ вліяніемъ повышенія кровяного давленія, наступали разрывы стѣнокъ полостей и кровоизліянія. Слѣды послѣднихъ отмѣчаются въ большинствѣ изслѣдованій. Иногда кровоизліянія при разрывѣ полостей гемангіомы бываютъ настолько значительными, что являются непосредственной причиной смертельнаго исхода какъ, напримѣръ, это наблюдалось въ случаѣ *Becker*'а.

Въ заключеніе укажу еще на то, что при разборѣ приведенныхъ въ таблицѣ № 7 случаевъ кавернозныхъ гемангіомъ головного мозга, бросается въ глаза наличность нѣкоторыхъ морфологическихъ различій между отдѣльными опухолями.

Однѣ гемангіомы представляютъ типичное кавернозное

строеніе; другія имѣютъ диффузный характеръ, будучи составлены изъ полостей, стѣнки которыхъ по строенію напоминаютъ венозные сосуды; наконецъ, третьи представляются смѣшанными и состоятъ изъ полостей со стѣнками, напоминающими по строенію стѣнки какъ венознаго, такъ и артеріальнаго типа сосудовъ.

Эти различія могутъ быть объяснены, по моему мнѣнію, или тѣмъ, что неправильно заложенные сосудистые зачатки a priori не были равноцѣнными, или тѣмъ, что сосудистые зачатки въ различныхъ случаяхъ росли не одинаково быстро, а потому при изслѣдованіи представлялись находящимися въ различныхъ стадіяхъ развитія.

Рѣшеніе этихъ вопросовъ въ настоящее время является невозможнымъ, въ виду отсутствія общепринятыхъ точныхъ данныхъ относительно нормальнаго развитія зачатковъ сосудистой системы мозга у человѣка.

c) Рацемозныя ангіомы По строенію сосудовъ, составляющихъ рацемозныя ангіомы, еще *Virchow* различалъ артеріальную и венозную форму.

α) *Артеріальная форма*—angioma racemosum arteriale—въ мозгу является величайшей рѣдкостью. Такія опухоли описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Steinheil* 1895, *Kalischer* 1897, *Emanuel* 1899, *Deetz* 1902, *Drysdale* 1903 (первый случай), *Drysdale* 1904 (второй случай), *Simmonds* 1905 (два случая), *Sterzing* 1905, *Sternberg* 1905, *Falk* 1906, *Ranzel* 1909, *Znojemsky и Myslivećek* 1910, *Blank* 1910, *Versé* 1911, *Isenschmid* 1911 и *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* 1911.

Однако, не всѣ случаи приведенныхъ мною авторовъ могутъ съ достовѣрностью быть причислены къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ *Isenschmid*'а діагнозъ былъ поставленъ на основаніи только клиническаго изслѣдованія больного (?), въ случаяхъ же *Steinheil*'я и *Blank*'а—на основаніи только макроскопическаго изслѣдованія опухоли. Затѣмъ, нѣкоторые случаи одними авторами причисляются къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ, другими исключаются изъ числа этихъ образованій. Къ такимъ относятся случаи *Steinheil*'я, *Kalischer*'а, *Simmonds*'а (второй случай), *Falk*'а и *Blank*'а.

Опухоль *Steinheil*'я самимъ авторомъ названа varix aneurysmaticus. *Emanuel. Schmidt, Simmonds, Ranzel* и др. причислили ее къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ, а *Sterzing* и *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* исключили ее изъ числа этихъ образованій. Опухоль *Kalischer*'а авторомъ названа венозной ангіомой, *Emanuel*'емъ, *Schmidt*'омъ, *Deetz*'емъ, *Simmonds*'омъ, *Ranzel*'емъ и др. она приводится какъ артеріальная рацемозная ангіома, а *Sterzing* и *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* совершенно исключили ее изъ числа ангіомъ. Вторая опухоль *Simmonds*'а нѣкоторыми, напримѣръ, *Zabel*'емъ, причисляется къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ, самъ же авторъ назвалъ ее angioma arteriale serpentinum, а *Simmonds* и *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* отнесли ее къ змѣйковымъ аневризмамъ. Наконецъ, должны быть исключены изъ числа артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ, во-первыхъ, опухоль *Blank*'а, которую *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* считаютъ аневризмой art. fossae Sylvii, и, во-вторыхъ, опухоль *Falk*'а, которая, по словамъ самого автора, очень похожа на исключенную другими изслѣдователями вторую опухоль *Simmonds*'а.

Отдѣльное мѣсто занимаетъ случай, описанный *Versé*.

У женщины 36 л. въ мозжечкѣ, въ области arbor vitae, найдено мѣшковидное расширеніе и диффузное удлиненіе art. cerebelli post. sin., названное авторомъ aneurysma serpentinum et sacciforme.

Versé считаетъ это образованіе врожденной гипертрофіей сосудистаго ствола и *переходной формой* къ артеріальной рацемозной ангіомѣ.

По моему мнѣнію, опухоли, описанныя *Simmonds*'омъ (вторая опухоль), *Falk*'омъ и *Blank*'омъ, по своему строенію очень похожи на опухоль, встрѣтившуюся *Versé*.

Значительно большій интересъ представляютъ случаи остальныхъ, упомянутыхъ на стр. 429, авторовъ, которые имѣли возможность, на основаніи макро-и микроскопическаго изслѣдованія, съ достовѣрностью причислить изученные ими случаи къ артеріальнымъ рацемознымъ ангіомамъ.

Въ таблицѣ *№ 8*, помѣщенной въ приложеніи, приведены краткія свѣдѣнія объ этихъ случаяхъ.

Во всѣхъ опухоль была найдена при вскрытіи и діагнозъ былъ поставленъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія. Мужчинъ было 5, женщинъ—4. Возрастъ колебался между 17 и 56 годами; чаще всего опухоли были находимы у лицъ среднихъ лѣтъ, такъ, напримѣръ, у четырехъ въ возрастѣ между 32 и 38 годами жизни. Въ двухъ случаяхъ ни полъ, ни возрастъ больныхъ не были указаны. Правая и лѣвая стороны тѣла поражались одинаково часто— по 5 разъ; одинъ разъ сторона пораженія не была указа-

на. Что касается болѣе точной локализаціи рацемозныхъ артеріальныхъ ангіомъ, то четыре раза отмѣчена затылочная доля: случаи *Emanuel*'я (art. cerebri post.), *Simmonds*'а, *Ranzel*'я и *Георгієвскаго и Мельникова-Разведенкова* (art. occipitalis sin.); три раза отмѣчена лобная доля: случаи *Deetz*'а (art. corporis callosi dextr.) и *Drysdale* (art. fossae Sylvii въ обоихъ случаяхъ); наконецъ, по одному разу опухоли локализировались въ височной долѣ—случай *Sternberg*'а (вѣтви art. carotis int. dextr.), въ центральныхъ узлахъ—случай *Sterzing*'а (art. chorioidea sin.), въ мозжечкѣ—первый случай *Znojemsky и Myslivеček* (art. cerebelli infer. anter. sin.) и въ лѣвомъ полушаріи мозга безъ болѣе точнаго опредѣленія пораженной части—второй случай *Znojemsky и Myslivеček* (art. cerebri med. sin.).

Всѣ опухоли были единичными, величина ихъ—обычно значительная. Маленькими онѣ отмѣчены лишь въ случаяхъ *Sternberg*'а и *Ranzel*'я.

Макроскопическій видъ былъ во всѣхъ случаяхъ одинаковый: обыкновенно опухоль представляла клубокъ изъ утолщенныхъ и расширенныхъ, до величины большихъ полостей, сосудовъ по ходу какого-нибудь артеріальнаго ствола и его развѣтвленій, исходящій изъ сосудистой оболочки мозга и проникающій какъ въ сѣрое, такъ и въ бѣлое вещество мозга. Ни въ одномъ случаѣ не было капсулы.

Микроскопическая картина представляла большія различія. Въ однихъ случаяхъ преобладали явленія гипертрофіи стѣнокъ сосудовъ опухоли (случаи *Emanuel*'я, *Ranzel*'я, *Георгіевскаго и Мельникова-Разведенкова*, *Znojemsky и Myslivеček*), въ другихъ (случай *Deetz*'а и др.) стѣнки сосудовъ были рѣзко истончены, наконецъ, въ третьихъ (сл. *Simmonds*'а) стѣнки сосудовъ не представляли замѣтныхъ измѣненій.

Intima въ большинствѣ случаевъ была разращена: немного въ случаѣ *Simmonds*'а, а въ другихъ случаяхъ (*Emanuel*'я, *Sterzing*'а, *Ranzel*'я, *Znojemsky и Myslivеček* и *Георгіевскаго и Мельникова-Разведенкова*) въ видѣ толстыхъ узловъ и бугровъ, выстоявшихъ въ просвѣтъ сосудовъ. Истонченіе ея было отмѣчено лишь въ случаѣ *Deetz*'а.

Media была хорошо развита въ случаѣ *Simmonds*'а, въ

случаяхъ *Deetz*'а и *Sterzing*'а она была истончена, въ случаяхъ же *Emanuel*'я, *Ranzel*'я и *Георгіевскаго и Мельникова-Разведенкова* media была сильно утолщена. Въ послѣднихъ случаяхъ гипертрофія мышечнаго слоя приняла характеръ ограниченныхъ міоматозныхъ узловъ.

Adventitia была почти незамѣтна въ случаяхъ *Sterzing*'а и *Deetz*'а, не измѣнена въ случаяхъ *Znojemsky и Myslivecek*, въ случаѣ же *Emanuel*'я представляла картину рѣзкихъ регрессивныхъ измѣненій.

Состояніе упругой ткани было очень различно, даже въ предѣлахъ одной и той же опухоли, такъ, въ случаяхъ *Emanuel*'я, *Simmonds*'а и *Георгіевскаго и Мельникова-Разведенкова* она въ однихъ мѣстахъ совершенно отсутствовала, въ другихъ распадалась на отдѣльные отрѣзки, а въ третьихъ была ясно выражена и вполнѣ сохранена. Въ случаѣ *Ranzel*'я m. elastica была сохранена и хорошо видна, въ случаѣ *Deetz*'а она была мало замѣтна, наконецъ, въ случаѣ *Sterzing*'а m. elastica въ видѣ кольца имѣлась лишь въ крупныхъ сосудахъ, а въ мелкихъ она была фрагментирована. Надо думать, что подъ вліяніемъ гипертрофіи стѣнокъ сосудовъ m. elastica сперва растягивается, затѣмъ разрывается, и въ концѣ концовъ исчезаетъ.

Воспалительныя явленія отсутствовали во всѣхъ опухоляхъ.

Содержимымъ сосудовъ опухолей обычно является кровь, одинъ лишь *Simmonds* указываетъ на значительное количество тромбовъ, найденныхъ въ описанной имъ опухоли.

Въ ткани мозга, окружающей опухоли, обычно происходятъ значительныя измѣненія подъ вліяніемъ роста и пульсаціи опухолей и частыхъ ихъ разрывовъ. Въ окружности опухолей видны: участки кровоизліяній (свѣжіе и находящіеся въ различныхъ стадіяхъ обратнаго развитія), дегенерированныя нервныя клѣтки, а также разрастаніе гліи. *Znojemsky и Myslivecek* находили отложенія извести и желѣза. Эти же авторы наблюдали некрозъ ткани мозга.

Въ одномъ случаѣ (*Sterzing*) небольшая артеріальная рацемозная ангіома находилась въ большой полости величиной съ кулакъ, сплошь наполненной кровяными сгустками. Тутъ же нужно указать, что во всѣхъ приведенныхъ

мною случаяхъ наблюдался разрывъ сосудовъ ангіомъ, вызвавшій смертельное кровотеченіе.

Ростъ артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ, повидимому, бываетъ очень медленный На это въ нѣкоторыхъ случаяхъ указываютъ, напримѣръ, клиническіе симптомы (эпилепсія), которые часто наблюдаются годами, безъ замѣтнаго усиленія. Отсутствіе же всякихъ симптомовъ (случай *Георгіевскаго и Мельникова-Разведенкова*), несмотря на большіе размѣры опухоли, также показываетъ, насколько медленно и незамѣтно долженъ былъ идти ростъ опухоли до 38-лѣтняго возраста умершаго.

Переходя къ вопросу о *генезѣ* этихъ опухолей, нужно отмѣтить близкую ихъ связь съ сосудами piae. Нѣкоторые авторы (*Emanuel*, *Drysdale*, *Simmonds*, *Zabel* и др.) и считаютъ, что рацемозныя артеріальныя ангіомы берутъ свое начало изъ сосудистой оболочки мозга. Нѣкоторыми другими авторами (*Sterzing*, *Ranzel* и др.) сущность процесса считается еще недостаточно выясненной и мѣсто въ онкологіи для этихъ образованій еще не установленнымъ; большинствомъ же (*Emanuel*, *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* и др.) причина ихъ развитія сводится къ избыточному росту артеріальныхъ стволовъ и ихъ вѣтвей на почвѣ врожденнаго уродства. *Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ* прямо причисляютъ всѣ извѣстныя имъ артеріальныя рацемозныя ангіомы мозга къ чистымъ врожденнымъ опухолямъ —къ гамартомамъ *E. Albrecht*'а и даже предлагаютъ для нихъ новое названіе: „артеріома“.

Я съ своей стороны вполнѣ присоединяюсь къ мнѣнію послѣднихъ авторовъ относительно генеза артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ, но предпочитаю старое названіе, данное *Virchow*'ымъ и вполнѣ опредѣляющее описанныя образованія. Новое названіе, по моему мнѣнію, лишь осложняетъ и безъ того запутанную номенклатуру.

β) *Венозная форма рацемозныхъ ангіомъ мозга*—angioma racemosum venosum — впервые была описана сравнительно недавно. *Virchow*'у эта разновидность гемангіомъ въ мозгу, повидимому, не встрѣтилась ни разу. Позднѣйшіе патолого-анатомы, въ томъ числѣ и современные, совершенно не упоминаютъ о венозныхъ рацемозныхъ ангіомахъ мозга и большинство наблюденій приводится одними хирургами.

Krause (1908) даже указываетъ, что онъ въ мозгу наблюдалъ только angioma venosum racemosum: „Andere Formen des Angioms“, пишетъ *Krause*, „habe ich nicht zu Gesicht bekommen“ [1]).

Къ сожалѣнію, хирурги, вслѣдствіе характера оперативнаго вмѣшательства (операція обычно заключается въ перевязкѣ сосудовъ ангіомы), не имѣютъ возможности произвести микроскопическое изслѣдованіе, безъ котораго невозможно установить истинную природу этихъ образованій.

Венозныя рацемозныя ангіомы мозга наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Power d'Arcy* 1889, *Raymond* 1900, *Giordano* 1903, *Bail* 1904, *Strominger* 1905, *Nebel* 1905, *Lavillette* 1906, *Dürck* 1907, *Krause* 1908 (два случая), *Leischner* 1909, *Flesch* 1909, *Cassirer-Krause* 1910, *Therman* 1910, *Garré* 1910, *Cassirer и Mühsam* 1911, *Mc. Burney*, *Karteweg*, *Eyrh и Winkler*, *Rotgans-Hers и Winkler* и *Rotgans и Winkler* (годъ опубликованія работъ послѣднихъ авторовъ мнѣ не извѣстенъ).

Изъ двадцати случаевъ, описанныхъ перечисленными авторами, одинъ (сл. *Flesch*'а) былъ діагносцированъ только на основаніи клиническаго изслѣдованія больного *(?)*, пять (сл. *Power d'Arcy*, *Strominger*'а, *Nebel*'я, *Therman*'а и *Dürck*'а) были найдены на вскрытіи и 14 были оперированы. Названіе angioma venosum piae или angioma venosum racemosum было приведено авторами въ семи случаяхъ (*Rotgans и Winkler*'а, *Nebel*'я, *Dürck*'а, *Krause*, *Leischner*'а и *Therman*'а). Другіе авторы обозначали описываемую опухоль какъ angioma piae, angiome méningé *(Lavillette)* или довольствовались описаніемъ ея.

Микроскопическимъ изслѣдованіемъ діагнозъ былъ подтвержденъ въ четырехъ случаяхъ, описанныхъ *Nebel*'емъ, *Dürck*'омъ, *Therman*'омъ и *Cassirer и Mühsam*'омъ.

Въ случаѣ *Nebel*'я при вскрытіи мужчины 46 л. въ области I лобной извилины лѣвой стороны былъ найденъ клубокъ расширенныхъ венозныхъ сосудовъ, величиной съ куриное яйцо, проникавшій до желудочка. Сосуды по окружности клубка также расширены. Капсулы не было. Подъ микроскопомъ были видны многочисленные ши-

[1]) *Krause*. Chirurgie des Gehirns u. Rückenmarks. 1908. I. p. 58.

рокіе просвѣты сосудовъ венознаго типа. Media сосудовъ утолщена и соединительнотканно перерождена, мѣстами же гипертрофирована. Въ мозговой ткани по окружности опухоли констатируется отсутствіе ганглiозныхъ клѣтокъ и разрастаніе гліи. Діагнозъ: angioma meningeale venosum.

Nebel считаетъ установленнымъ, что pia была исходнымъ пунктомъ для развитія опухоли и что травма (на 19 году жизни сильный ударъ доской въ голову) явилась вызывающимъ моментомъ („das auslösende Moment") [1]) для появленія ея. „Der traumatische Reiz", пишетъ *Nebel*, „hat den venösen Gefässapparat der Pia zu lokaler Wucherung gebracht und so die Bildung eines venösen Angioms herbeigeführt" [2]).

Dürck нашелъ при вскрытіи женщины 58 лѣтъ въ области gyrus praecentralis sin. клубокъ тѣсно расположенныхъ переплетавшихся большихъ сосудовъ. Эта опухоль проникала глубоко въ бѣлое вещество мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки сосудовъ по строенію напоминали стѣнку венъ. Ткань мозга по окружности опухоли была атрофирована, капилляры мозга оказались объизвествленными. Діагнозъ: angioma venosum plexiforme.

Therman нашелъ при вскрытіи женщины 59 лѣтъ многочисленныя переплетающіяся между собой расширенныя вены, расположенныя на пространствѣ 5 cm. × 2 cm. въ области задней центральной, верхней височной и нижней теменной извилинъ правой стороны и проникавшія на протяженіи около 4 cm. вглубь въ ткань мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что стѣнки венъ рѣзко утолщены и склерозированы, а просвѣтъ ихъ во многихъ мѣстахъ затромбированъ. Въ серединѣ новообразованія мозговая ткань совершенно уничтожена. Діагнозъ: angioma racemosum venosum.

По мнѣнію *Therman*'а, описанное имъ новообразованіе исходило изъ капилляровъ и венъ мягкой мозговой оболочки и мозга.

Cassirer описалъ опухоль, удаленную *Mühsam*'омъ у 22-лѣтняго мужчины. Опухоль представлялась въ видѣ темно-сине-красной массы, которая занимала пространство, величиной съ ладонь, въ области задней центральной извилины правой стороны. Упомянутая масса была пронизана многочисленными извитыми венами, просвѣтъ которыхъ достигалъ діаметра гусинаго пера. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что просвѣтъ венъ мѣстами былъ заполненъ кровью, мѣстами закрытъ тромбами и что новообразованіе венъ простиралось также въ бѣлое вещество мозга на разстояніи до 1,5 cm.

---

[1]) *Nebel*. Ein Fall von traumatisch entstandenem Angioma etc. I.D. Freiburg. i. Br. 1905. p. 9.

[2]) *Nebel*. Ibidem. p. 30.

Cassirer и Mühsam указываютъ, что прорастаніе венозной ангіомой мягкой оболочки вещества мозга встрѣчается не часто.

Макроскопическое описаніе венозныхъ рацемозныхъ ангіомъ мозга у всѣхъ авторовъ (стр. 434) въ общихъ чертахъ одинаково.

Авторы обычно находили темно-синюю массу, располагающуюся на поверхности мозга въ мягкой мозговой оболочкѣ и часто при операціи выпячивающуюся въ трепанаціонное отверстіе. Эта масса оказывается состоящей изъ клубка переплетающихся венъ, расширенныхъ до толщины гусинаго пера и, иногда, даже мизинца. Капсулы кругомъ опухоли не бываетъ. Граница опухоли всегда не ясная, такъ какъ вены, составляющія ее, по периферіи расходятся въ различныя стороны. Величина опухолей самая разнообразная: отъ самыхъ малыхъ, размѣрами 1 cm. $\times$ 0,8 cm., до очень большихъ, занимающихъ поверхность почти цѣлаго полушарія мозга. Обычно онѣ занимаютъ часть или всю область вокругъ Роландовой борозды. Будучи свободными со стороны твердой мозговой оболочки, опухоли обыкновенно сращены съ подлежащими частями мозга.

Микроскопическое изслѣдованіе четырехъ случаевъ (см. стр. 434) подтвердило, что опухоли состоятъ изъ клубка увеличенныхъ въ числѣ и расширенныхъ венозныхъ сосудовъ съ гипертрофированными стѣнками.

Къ сожалѣнію, подробности микроскопическаго изслѣдованія случаевъ *Deetz*'а и *Cassirer и Mühsam*'а авторами не опубликованы.

Arachnoidea надъ опухолью оказалась въ случаѣ *Nebel*'я утолщенной втрое. Pia въ случаѣ этого же автора была нормальна, въ случаѣ же *Therman*'а — утолщена.

Intima сосудовъ опухоли въ случаѣ перваго автора была нормальна, въ случаѣ же второго автора — чрезвычайно утолщена. Media представляла обратныя отношенія, являясь въ случаѣ *Nebel*'я въ видѣ широкаго соединительнотканнаго слоя. Относительно упругой ткани въ стѣнкахъ венъ имѣется лишь указаніе *Nebel*'я объ ея отсутствіи. Изъ приведенныхъ скудныхъ данныхъ выясняется, что стѣнки венъ въ обоихъ подробно микроскопически изслѣдованныхъ

случаяхъ несомнѣнно представлялись рѣзко измѣненными.

Напомню, что *Therman* и *Cassirer* и *Mühsam* указали на большое количество затромбированныхъ венъ въ изслѣдованныхъ ими опухоляхъ.

Сильно измѣненной оказывается также ткань мозга какъ между отдѣльными сосудами, такъ и по окружности всей опухоли. Ткань мозга во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ была сильно сдавлена и атрофирована. Ганглiозныя клѣтки по окружности опухоли отсутствовали, клѣтки же глiи открывались въ значительно увеличенномъ количествѣ. *Cassirer* и *Mühsam* видѣли кровоизлiянiе въ ткань мозга, а *Dürck* отмѣтилъ обширное объизвествленiе капилляровъ, окружающихъ ангiому.

На основанiи изложеннаго, сущность заболѣванiя состоитъ въ чрезмѣрномъ новообразованiи и расширенiи венозныхъ сосудовъ мягкой оболочки мозга и въ прорастанiи и отдавливанiи мозга. Причинный моментъ развитiя этого заболѣванiя, по *Therman*'у, неизвѣстенъ. Многiе авторы (*Duret*, *Bail*, *Nebel*, *Holmes* и др.) связывали появленiе опухолей вообще и подобныхъ опухолей въ частности съ травмой въ области черепа. *Cassirer* и *Mühsam* считали, что влiянiе травмы на образованiе венозныхъ ангiомъ сомнительно. Во всякомъ случаѣ, въ настоящее время всѣми признается, что травма можетъ явиться лишь вызывающимъ моментомъ для новообразованiя сосудовъ, при чемъ расположенiе къ послѣднему должно быть врожденнымъ. Нужно думать, что и въ венозныхъ рацемозныхъ гемангiомахъ мозга слѣдуетъ видѣть результатъ врожденнаго порока развитiя сосудистыхъ зачатковъ въ области мягкой мозговой оболочки, съ преимущественнымъ пораженiемъ венозной системы. Скудное число подробно изслѣдованныхъ случаевъ не позволяетъ, однако, высказаться съ достаточной увѣренностью.

Литература. 1845. **Guérsant fils.** цит. у Vidal'я. см. V. p. 460. — 1854. **Luschka.** Cavernöse Blutgeschwulst des Gehirns. V. A. VI. p. 458—470. — 1854. **Virchow.** см. стр. 306. — 1855. **Rokitansky.** см. стр. 9; I. p. 207, II. p. 401. — 1857. **Lebert.** Traité d'anatomie pathol. I. p. 213. см. Lavillette. p. 44—48. — 1858. **Schröder v. d. Kolk.** см. V. p. 456. — 1858. **Valenta und Wallmann.** Z.d.G. Wiener Aerzte. № 14. см. V. p. 459; Nebel. p.

20. — 1860. **Guérard**. Soc. anat. VIII. см. V. p. 460; Nebel. p. 20; Zabel. p. 23 и др. — 1860. **Luys**. Gaz. méd. Paris. p. 384. см. V. p. 458; Zabel. p. 23 и др. — 1860 **Virchow**. Дем. Ges. f. wissensch. Med. Deutsche Klinik. p. 371. см. Zabel. p. 24. — 1862. **Virchow**. Gesammelte Abhandlungen zur wissensch. Med. p. 633. см. ibidem. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1863. **Förster**. Handbuch d. pathol. Anat. II. p. 572. см. V. p. 459; Zabel. p. 24. — 1864. **Virchow**. см. 1863. III. p. 457. (примѣчаніе). — 1881. **Bernhard**. Beiträge zur Symptomatologie u. Diagnostik der Hirngeschwülste. см. Lavillette; Joseph. p. 361 и др. — 1884. **Hofmann**. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Wien. см. Zabel. p. 25. — 1884. **Goodhard**. Calcified angeioma of brain. Br.m.J. March 22. p. 560. — 1886. **White**. One hundred cases of cerebral tumour with reference to cause, operative treatment, mode of death and general symptoms. Guy's Hosp. Rep. XXVIII. см. V.I.B. 21. — 1886. **Bruns**. Über Tumoren des Balkens. B.kl.W. № 21 и 22. — 1889. **Joseph**. Über Geschwülste des vierten Ventrikels. Z.f. klin. Med. XVI. p. 349. — 1889. **Power d'Arcy**. Angioma of the cerebral membranes. T.P.S.L. XXXIX. p. 4. см. V.I.B. 24; Lavillette. p. 61. — 1890. **Wetzel**. см. Hildebrand. — 1890. **Bremer and Carson**. A case of brain tumor (Angioma cavernosum) causing spastic paralysis and attacks of tonic spasms. Operation. Am. J. 100. № 3. p. 219—242; Am. J. of ment. Scienc. Sept. см. Lavillette. p. 48; Schmidt; Rossolimo; Astwatzaturoff и др. — 1891. **Beauclair**. Histologische u. statistische Untersuchungen über Gehirntumoren. I.D. Freiburg. i. Br. см. Zabel. — 1891. **Schrötter**. A. G. Wien. 29. V. см. C. Path. p. 580. — 1891. **Péan**. Bull. et mém. de l'acad. de méd. 3-me série. XXV. p. 881. см. Lavillette. p. 58—61. — 1892. **Pollosson**. Congr. franç. de chir. 22 avril. p. 479. см. Lavillette. p. 61—62. — 1892. **Giese**. A. Psych. 23. см. Bregmann. — 1892. **Seidell**. G. Chir. см. Allen Star. — 1894. **Shaller**. Angioma of the cerebrum. Cincinnati Lancet-Clinic. New Series Vol. XXXIII. p. 547—549. см. C. Path.; Nebel. p. 22 и др. — 1894. **Allen Star a. Mac Cosh**. Am. J. Nov. см. Oppenheim. — 1895. **Steinheil**. Ueber einen Fall von Varix aneurysmaticus im Bereich der Gehingefässe. I.D. Würzburg. см. Simmonds; Emanuel; Sterzing. p. 282; Schmidt p. 18; Kalischer и др. — 1896. **Auvray**. Tumeurs cérébrales. Thèse. Paris. см. Lavillette. p. 50—52. — 1896. **Hectoen**. Simple angioma of the cerebellum. Am. J. of Insanity. LII. № 3. p. 297—307. см. C. Path.; Nebel и др. — 1897. **Allen Star**. Remarks on brain tumour and their removal with a record of eighty cases and fifteen operations. Br.m.J. Oct. 16. p. 1047—1051. — 1797. **Oppenheim**. Geschwülste des Gehirns. In Nothnagel. Handbuch. IX. — 1897. **Rossolimo**. Ueber Resultate der Trepanation bei Hirntumoren. 2. Angioma cavernosum. A. Psych. 29. p. 537. — 1897. **Kalischer**. Med. G. Berlin. 10. XI. см. D.m.Woch. № 31; B.kl.W. p. 1059; C. Path. 1899 и др. — 1897. **Bruns**. Die Geschwülste des Nervensystems (первое изданіе). — 1898. **Oliver and Williamson**. Cerebral tumours succesfully removed by operation. Br.m J. Nov. 26. p. 1607. — 1899. **Ohlmacher**. Multiple cavernous angioma, fibro-endothelioma, osteoma and haematomyelia of the nervous system in a case of secundary epilepsie. J. nerv. 64. p. 935—424.см. Nebel. p. 23; R. neur. 1900. p. 881. — 1899. **Emanuel**. Ein Fall von Angio-

ma arteriale racemosum des Gehirns nebst Bemerkungen zur Frage von dem Bau und der Genese der Hirnsandbildungen. D.Z.N. 14. p. 288—318; I.D. Heidelberg. — 1900. **Struppler**. Über das cavernöse Angiom des Grosshirns. M.m.W. № 37. p. 1267—1269. — 1900. **Shoyer**. An angioma of Broca's convolution. J.of mental science. Octob. 46. p. 775. cм. C. Path. 1901. p. 724; V.I.B. 36; Schmidt. p. 16; Nebel. p. 22 и др. — 1900. **Raymond**. Cliniques de la Salpêtrière. t. IV. cм. Lavillette. p. 62—65. — 1901. **Deetz**. G.f. Natur-u. Heilkunde. Dresden. 23. III. Hp. in M.m.W. № 38. p. 1507. — 1901. **Kalischer**. Ein Fall von Teleangiectasie (Angiom) des Gesichts u. der weichen Hirnhaut. A. Psych. 34. p. 171—180. — 1901. **Cassirer**. Ueber Angiom des Gehirns. Дем. Berliner Ges. f. Psych. u. Nerv. 9. XII. cм. B.kl. W. p. 740. — 1901. **Puttnam a. Williams**. J. nerv. Dec. cм. Bregmann. — 1902. **Oppenheim**. Die Geschwülste des Gehirns (cм. 1897). — 1902. **Henneberg und Koch**. Ueber „centrale" Neurofibromatose u. die Geschwülste d. Kleinhirnbrückenwinkels (Acusticusneurome). A. Psych. 36. p. 251. — 1902. **Bielchowsky**. Zur Histologie u. Pathologie der Gehirngeschwülste. D.Z.N. 22 p. 54. — 1902. **Bergmann**. Zur Casuistik operativer Hirntumoren. A. Chir. LXV. p. 936—958. — 1902. **Deetz**. Über ein Angioma arteriale racemosum im Bereich der Art. corporis callosi. V.A. 168. p. 341—352. — 1903. **Brünniche**. Studier over Hjoesvülsternes Behandling. Copenhague. cм. R. neur. 1904. p. 306. — 1903. **Müller**. Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns. D.Z.N. 23. p. 378—416. — 1903. **Oliver**. History of case of cerebral tumour eigth and a half years after removal. Br.m.J. 11. VII. — 1903. **Creite**. Zur Pathogenese der Epilepsie (Multiple Angiome des Gehirns mit Ossification). M.m.W. № 41. p. 1767. — 1903/04. **Drysdale**. Angeioma of the brain. Br.m.J. 18. IV. 1903. p. 911. T.P.S.L. 7. IV. 1903.. Jan. 1904; L. 9. I. 1904. p. 96. — 1904. **Becker**. Zwei Fälle von hochgradigem einseitigem Exophtalmos bei Tumor cerebri u. die Krönlein'sche Operation. G.f. Natur-u. Heilkunde. Dresden. 30. IV. Hp. in M. m.W. p. 1221. — 1904. **Bruns**. Die Hirngeschwülste. In Flatau, Jacobson u. Minor. Handbuch der pathol. Anatomie des Nervensystems. I. p. 514. — 1904. **Bail**. Ein Fall von seltener Hirngeschwulst.-Angiom der Piavenen. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. 139 Sitzung. 9. V. cм. C. Chir. p. 768. — 1904. **Duret**. Sur les manifestations des tumeurs de la région Rolandique ou motrice. R. chir. 1. p. 305. — 1904. **Engelhard**. Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen Jacksonschen Epilepsie. D.m.W. № 3. cм. Schmidt. p. 11—12. — 1905. **Duret**. Les tumeurs de l'encéphale. Paris. cм. V.I.B. 40. II. p. 412; Lavillette и др. — 1905. **Bregmann**. Zur Klinik der Balkengeschwülste. D.Z.N. 29. p. 163. — 1905. **Frazier**. N.Y. med. J. 11. II. p. 272 и 18. II. p. 322. cм. R. neur. p. 527. — 1905. **Weisenburg**. Ibidem. — 1905. **Moreau**. Tumeur vasculaire de la région frontale. Lyon médical. CIV. p. 737. cм. C. Path. — 1905. **Ziegler**. Spezielle pathologische Anatomie. — 1905. **Schmidt**. cм. стр. 64. — 1905. **Sterzing**. Ein Fall von Angioma arteriale racemosum im Gehirn. C. Path. XIX. p. 278. — 1905. **Finkelnburg**. Zur Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumoren u. chronischem Hydrocephalus (Zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Angiome des Centralnervensystems). D.Z.N.

29. p. 135. — 1905. **Zabel**. Zur Casuistik der Gefässtumoren des Centralnervensystems. I.D. Freiburg i. Br. — 1905. **Nebel**. Ein Fall von traumatisch entstandenem Angioma meningeale venosum des linken Stirnhirnes mit besonderer Berücksichtigung des Ausganges von Schädeltraumen in Geschwülste und in Porencephalie. I.D. Freiburg i. Br. — 1905. **Strominger**. Spitalul. № 6. см. C. Chir. p. 755; R. neur. p. 932; Nebel и др. — 1905. **Simmonds**. Über das angioma racemosum und serpentinum des Gehirns. V.A. 180. p. 280—288. — 1905. **Sternberg**. Demonstration eines Falles von Angioma arteriale racemosum des Gehirns. P.G. IX. p. 308—309. — 1906. **Walton**. The operability of brain tumours from the point of view of autopsied cases. Public. of the Mass. hosp. I. см. C. Path. — 1906. **Lavillette**. Angiomes intracraniens. Thèse. Paris. 1906. **Falk**. Ein Fall eines Aneurysma cirsoides an einer corticalen Gehirnarterie. Z. f. H. 27. p. 235. см. C. Path. 1907. p. 68. — 1907. **Dobson** A cavernous angioma in the temporo-sphenoidal lobe of the brain. Br.m.J. 20. VII. p. 144—145. — 1907. **Beitzke**. Über zwei seltene intrakranielle Geschwülste. Charité-Annalen. XXXI. p. 360—367. см. I.B. Neur XII. p. 608 — 1907. **Nambu Takakazu**. Hämangiom im Pons Varoli. Neur. C. 27. № 24. p. 1162—1164. — 1907. **Dürck**. Ueber ein grosses plexiformes venöses Angiom d. weichen Hirnhäute mit Uebergreifen auf den linken Grosshirnscheitellappen. M.m.W. № 23. p. 1154. — 1908. **Sterzing**. Ein Fall von Angioma arteriale racemosum im Gehirn. C. Path. XIX. № 7. p. 278—283. — 1908. **Krause**. Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erfahrungen. I. — 1908. **Онъ-же**. G. Chir. I. p. 95. — 1908. **Creutzefeld**. Drei Fälle von Tumor hypophyseos ohne Akromegalie. Jb. d. Hamburger Staatskrankenanstalten. XIII. см. B.kl.W. 1910. p. 396. — 1908. **Enders**. Ein Angiom in der Brückengegend. M.m.W. № 31. p. 1646. — 1908. **Bruns**. Die Geschwülste des Nervensystems. II изданіе. — 1909. **Cusching**. Boston med. a. surg. J. CLXI. № 3. p. 71—80. см. R. neur. 1910. p. 214. — 1909. **Berteaux et Burnier**. Tumeurs du cervelet chez l'enfant. A. gén. chir. 1. и 2. p. 40. см. I.B. Chir. XV. — 1909. **Cautela**. Tumeurs du IV ventricule et troubles oculaires. A.O. p. 85. — 1909. **Hildebrand**. XVI интерн. конгр. Буда-Пештъ. см. R. neur. — 1909. **d'Orsay Hecht and Herzog**. J. nerv. XXXVI. № 11. p. 641—666. см. R. neur. — 1909. **Rudolf and Mackenzie**. Am. J. № 452. p. 733—739. см. R. neur. — 1909. **Tuffier**. Epilepsie jacksonienne. Trépanation. Craniectomie. Angiome du cerveau. Destruction de la tumeur. Guérison. Soc. chir. 3. III; XXXV. № 9. p. 314—316. — 1909. **Ranzel**. Zur Kasuistik kombinierter Hirnaffektionen. Ein Fall von Rankenangiom des Gehirnes mit tuberculöser Meningitis. W.kl.W. p. 1214. — 1909. **Auvray**. Maladies du crâne et de l'encéphale. In D.D. XIII. — 1909. **Flesch**. Angioma venosum racemosum. G. A. Wien. 12. III. Пр. in W.kl.W. № 11. p. 396. — 1909. **Leischner**. Zur chirurgischen Behandlung von Hirntumoren. A. Chir. 89. p. 542. — 1910. **Therman**. Ein Fall von Angioma racemosum cerebri und ein Fall von Pachymeningitis mit obliteratio sinuum durae matris. Homèn's Arbeiten aus dem pathol. Instit. der Univ. Helsingfors. p. 66—89. — 1910. **Znojemsky i Myslivecek**. Angioma arteriale racemosum arteriae cerebelli inferior. ant. sinistrae et angioma racemosum arteriae cerebri mediae sinistrae. Revue v. neurologii. 5 и 8.

см. Revue de médecine tchèque. 1912. IV. 1. p. 27—28. — 1910. **Krause.** Die Geschwülste des Gehirns und des Rückenmarks mit ihren Operationen. Z. f. Kr. X. p. 108—124. — 1910. **Cassirer.** Zur Neuro-Chirurgie. Hufeland-sche G. Berlin. 10. II. см. B.kl.W. p. 323; M. Kl. № 12 и др. — 1910. **Krause.** Пренія къ докладу Cassirer'a. M. Kl. № 12. — 1910. **Blank.** Ueber ein Rankenangiom des Gehirns. M.m.W. № 9. p. 465. — 1910. **Худяковъ.** Angioma cavernosum cerebri. Журн. невропатологіи и психіатріи имени Корсакова. 5—6. p. 1589—1595. — 1910. **Astwatzaturoff.** Ueber die kavernöse Blutgeschwulst des Gehirns (Zur Kasuistik der „Pseudomeningitis"). F.Z. 4. p. 482—491. — 1910. **Tillmann.** Die chirurgische Behandlung der traumatischen Epilepsie. G. Chir. II. p. 55. — 1910. **Henschen.** Ueber Geschwülste der hinteren Schädelgrube, insbesondere des Kleinhirnbrückenwinkels. см. M.m.W. 1911. p. 1402. — 1910. **Garré** G. Chir. I. p. 14. — 1911. **Cassirer und Mühsam.** Ueber die Exstirpation eines grossen Angioms des Gehirns. B.kl.W. 1911. № 17. p. 755—757. — 1911. **Versé** Demonstration eines in die Substanz des Kleinhirns eingebetteten Aneurysma serpentinum et sacciforme der Art. cerebelli post. sin. Med. G. Leipzig. 10. I. 11p. in M.m.W. № 10. p. 544. — 1911. **Krause.** Die Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erfahrungen. II. — 1911. **Baum.** Kavernöses Angiom des Gehirns; mit Erfolg operiert. M.m.W. № 8. p. 411. — 1911. **Astwatzaturow.** Beitrag zur Kasuistik der cavernösen Blutgeschwulst des Gehirns. Neur. C. № 7. p. 363—368. — 1911. **Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ.** О вѣтвистой артеріальной ангіомѣ мозга. Х.м.Ж. XI. № 5. p. 457—472. — 1912. **Isenschmid.** Die klinischen Symptome des zerebralen Rankenangioms. M.m.W. № 5. p. 243. — 1912. **Heller.** Дем. Teleangiektasien im Gehirn. Abteil. für allg. Pathol. u. path. Anat. d. 84 Vers. d. Naturf. u. Aerzte. 15—21. VIII. см. C. Path. p. 907. — 1912. **Taylor.** The end results in sixty-three cases of operation for brain tumor. A.S. LVI. № 1. p. 55—59. — 1912. **Schmolck.** Ueber ein sogen. Rankenangiom des Gehirns. I. D. München. Dez. см. M.m.W. 1913. 28. I. № 4. p. 210[1]). — **Beadles** A telangiectasis of the left frontal lobe with epileptiform convulsions. A. of Neur. см. Dobson. — **Byron Branwell.** см. Allen Star (1897). — **Giordano.** цит. по Chipault. Chirurgie nerveuse. 1903. III. см. Lavillette. p. 68. — **Bremer d'Antona.** см. Duret (1904); Lavillette. p. 57 и др. — **Guldernam, Lenz и Winkler.** цит. по Chipault. l. c. I. p. 697. см. Duret; Lavillette. p. 55. — **Karteweg, von Eyrh и Winkler.** см. Duret (1905); Lavillette. p. 69. — **Mac Burney.** см. Duret; Lavillette. p. 69. — **Morris.** T.P. S.L. XXII. см. Ziegler. II. p. 405. — **Rotgans-Hers и Winkler, Rotgans и Winkler.** цит. по Chipault. Chirurgie nerveuse. 1902. I. p. 694. см. Duret; Lavillette. p. 66. — **Mac Cosh.** цит. по Chipault. Travaux de neurologie chirurgicale. 1895/96. см. Lavillette. p. 62. —

[1]) О существованіи этой работы мнѣ сдѣлалось извѣстнымъ уже во время печатанія настоящей главы.

B. Гемангіомы спинного мозга.

Частота нахожденія гемангіомъ въ спинномъ мозгу. Экстра-и интрамедуллярныя гемангіомы и ихъ казуистика. Цирсоидныя опухоли спинного мозга. Распредѣленіе гемангіомъ спинного мозга по возрасту и полу заболѣвшихъ. Этіологія гемангіомъ спинного мозга.

Въ спинномъ мозгу сосудистыя опухоли наблюдаются еще рѣже, чѣмъ въ головномъ и до сихъ поръ извѣстны лишь единичныя наблюденія. По *Lorenz*'у (1901), среди всѣхъ остальныхъ опухолей спинного мозга гемангіомы по частотѣ нахожденія занимаютъ послѣднее мѣсто. *Flatau* (1909) и *Auvray* (1913) о нихъ даже совсѣмъ не упоминаютъ. *Schlesinger* (1898) среди 400 опухолей спинного мозга не нашелъ ни одной гемангіомы и лишь въ литературномъ обзорѣ приводитъ два случая (*Gaupp*'а и *Berenbruch*'а). *Borst* (1904) подтверждаетъ рѣдкость чистыхъ гемангіомъ спинного мозга и указываетъ на сравнительную частоту смѣшанныхъ опухолей. Такія смѣшанныя опухоли описали *Schüle* 1897 (angio-fibro-glioma), *Flatau* 1908 (neurofibroangioma cavernosum venosum) и др. *Пуссепъ* (1911) также не приводитъ собственныхъ случаевъ гемангіомъ спинного мозга и лишь цитируетъ одинъ случай, наблюдавшійся *Krause*. Послѣдній произвелъ 26 операцій различныхъ опухолей спинного мозга, при чемъ въ 10 случаяхъ опухоли исходили изъ мозговыхъ оболочекъ. Среди этихъ десяти опухолей одна оказалась, по *Пуссепу*, гемангіомой.

Въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось встрѣтить описанія нѣкоторыхъ случаевъ сосудистыхъ опухолей спинного мозга, которые для удобства изложенія можно раздѣлить на три группы: 1) гемангіомы съ локализаціей въ твердой мозговой оболочкѣ (экстрамедуллярныя гемангіомы), 2) гемангіомы съ локализаціей въ веществѣ спинного мозга (интрамедуллярныя гемангіомы) и 3) цирсоидныя опухоли спинного мозга.

1) Къ первой группѣ гемангіомъ относятся случаи, описанные *Gaupp*'омъ (1887), *Deric и Tolot* (1906) и *Sézary* (1907).

Gaupp нашелъ гемангіому въ области конскаго хвоста и одно-

временно съ нею: двѣ нейрофибромы, одну центральную гліому и сирингоміэлію поясничной части. Гемангіома была величиной около 3 cm., имѣла на разрѣзѣ кавернозное строеніе и была плотно сращена съ твердой мозговой оболочкой. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли показало, что она состоитъ изъ кровеносныхъ сосудистыхъ полостей различной величины. Стѣнки полостей самой различной толщины; нѣкоторыя гіалиново перерождены. Однако, на приложенномъ авторомъ рисункѣ кавернозный характеръ опухоли, по моему мнѣнію, мало выраженъ.

Devic и Tolot приводятъ подробную исторію болѣзни 37 лѣтняго мужчины, которому была ампутирована правая верхняя конечность изъ за слоноваго ея увеличенія въ связи съ сильнѣйшими эктазіями венъ. При вскрытіи были найдены множественныя гемангіомы кожи и различныхъ внутреннихъ органовъ (стр. 273, 323, 362 и 391).

Въ верхнемъ отдѣлѣ спинномозгового канала находились двѣ опухоли, изъ которыхъ одна была сращена съ твердой мозговой оболочкой, помѣщалась кнаружи отъ нея и представляла при микроскопическомъ изслѣдованіи чисто ангіоматозное строеніе, а другая помѣщалась кнутри отъ твердой мозговой оболочки и оказалась саркомой. Авторы высказываютъ предположеніе о возможности перехода чистой ангіомы въ ангіосаркому.

Sézary нашелъ при вскрытіи женщины, умершей при явленіяхъ сдавленія спинного мозга, темно-красную, мягкую опухоль, величиной съ куриное яйцо. Эта опухоль располагалась въ области отхожденія VII, VIII и IX корешковъ спинномозговыхъ нервовъ кнаружи отъ твердой мозговой оболочки, изъ которой она и исходила. Спинной мозгъ на уровнѣ опухоли оказался истонченнымъ до толщины плотнаго листа бумаги. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли обнаружило кавернозную гемангіому.

2) Ко второй группѣ гемангіомъ относятся случаи, описанные *Berenbruch*'омъ 1890, *Lorenz*'омъ 1901, *Hadlich*'омъ 1903, *Fischer*'омъ 1912 и *Schultze* 1912.

Berenbruch очень подробно приводитъ исторію болѣзни, описаніе операціи и протоколъ вскрытія шестнадцатилѣтняго молодого человѣка, у котораго были множественныя, врожденныя, быстро увеличивавшіяся опухоли туловища. Большая опухоль, расположенная въ области правой половины туловища, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась липомой, опухоли же въ области правой лопатки, а также помѣщавшіяся вдоль позвоночника, оказались ангіолипомами. Послѣднія опухоли прорастали продольныя спинныя мышцы и были пронизаны многочисленными, переплетавшимися толстостѣнными сосудами. При посредствѣ отростковъ, проникавшихъ черезъ межпозвоночныя отверстія, одна изъ этихъ ангіолипомъ сообщалась съ опухолью, расположенной экстрадурально, внутри спинномозгового костнаго канала. Послѣдняя опухоль имѣла въ длину 4—5 cm., а въ толщину около 1,75 cm. и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась почти

чистой гемангіомой съ вкрапленными кое-гдѣ островками жировой ткани. Она главнымъ образомъ состояла изъ сосудовъ самаго различнаго калибра, съ очень толстыми стѣнками. Между сосудами открывалась волокнистая соединительная ткань.

Наконецъ, на томъ же уровнѣ, въ самомъ веществѣ спинного мозга, начиная съ нижней трети шейной части его внизъ на протяженіи около 8 cm, была видна сѣро-красная ткань, пронизанная многочисленными сосудами одинаковой величины. Подъ микроскопомъ эта опухоль оказалась чистой гемангіомой. Въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ расположенію экстрадуральной опухоли, спинной мозгъ былъ истонченъ и весь почти поперечникъ его, за исключеніемъ тонкаго периферическаго слоя, состоялъ изъ опухоли.

Авторъ указываетъ на то, что при разборѣ этіологіи описанныхъ имъ опухолей, наиболѣе подходящей теоріей онъ считаетъ теорію *Cohnheim*'а, по которой опухоли происходятъ изъ заблудшихъ зачатковъ.

Lorenz описалъ найденную при вскрытіи 27-лѣтней женщины интрамедуллярную кавернозную гемангіому, величиной съ вишню, расположенную въ нижнешейной области и выпячивавшую сосудистую оболочку. Въ рефератѣ, которымъ я пользовался, нѣтъ указаній на результатъ микроскопическаго изслѣдованія этой опухоли.

Hadlich приводитъ подробныя свѣдѣнія относительно небольшой кавернозной гемангіомы, случайно найденной при вскрытіи 35-лѣтней карлицы въ области лѣвой половины поясничнаго отдѣла спинного мозга. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что въ области задняго рога имѣется цѣлая система большихъ и малыхъ полостей, наполненныхъ кровью. Въ области наибольшаго распространенія опухоли видны преимущественно большія полости, выше же и ниже опухоль уменьшается въ величинѣ и вмѣстѣ съ этимъ уменьшается и калибръ полостей. Онѣ круглой, иногда овальной, формы и выстланы эндотеліемъ. Стѣнки ихъ то утолщены и мѣстами гіалиново перерождены, то истончены до полнаго исчезновенія. Кромѣ полостей, видны многочисленные сосуды, особенно артеріи съ утолщенными стѣнками. Среди полостей опухоли проходятъ тяжи мозговой ткани, нервные элементы которой не представляютъ никакихъ измѣненій.

Авторъ указываетъ на то, что другого подобнаго случая въ литературѣ онъ не нашелъ, за исключеніемъ наблюденія *Hebold*'а (1885), который описалъ случай множественныхъ аневризмъ мельчайшихъ сосудовъ спинного мозга.

Fischer демонстрировалъ въ обществѣ врачей въ Франкфуртѣ кавернозную гемангіому верхней $^1/_3$ продолговатаго мозга, найденную при вскрытіи мужчины 41 года. Въ доступномъ для меня рефератѣ засѣданія общества о микроскопическомъ изслѣдованіи этой опухоли не сообщается.

Наконецъ, *Schultze* описалъ случай интрамедуллярной опухоли

спинного мозга, удаленной *Garré* у мужчины 29 лѣтъ. Опухоль находилась на уровнѣ V—VII шейнаго позвонка въ области перваго дорзальнаго сегмента, была небольшой величины, неправильной формы и ярко краснаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ *Ribbert*'омъ, опухоль оказалась ангіомой.

Въ работѣ *Schultze* подробности микроскопическаго изслѣдованія этой „ангіомы“ не приведены; отсутствуетъ также указаніе на то, къ какому виду гемангіомъ она должна быть причислена. *Schultze* только отмѣтилъ, что она, повидимому, не исходила изъ сосудистой оболочки мозга. „Es (das Angioma) schien nicht“, пишетъ этотъ авторъ, „von der Pia selbst auszugehen“ [1]).

3) Къ третьей группѣ я отнесъ два случая сосудистыхъ опухолей, приведенные *Brasch*'емъ (1900) и *Raymond и Cestan* (1904).

Въ обоихъ случаяхъ въ области шейной части спинного мозга были найдены клубки изъ сосудовъ, измѣненныхъ какъ въ величинѣ, такъ и въ числѣ. Клубки исходили изъ сосудистой оболочки и въ случаѣ *Brasch*'а состояли преимущественно изъ артеріальныхъ, а въ случаѣ *Raymond и Cestan* изъ венозныхъ сосудовъ.

Сами авторы не причисляютъ описанные ими случаи къ сосудистымъ опухолямъ, мною же они приведены потому, что они по своей локализаціи являются единственными въ своемъ родѣ, а по своему строенію очень похожи на рацемозныя ангіомы.

Кромѣ двухъ послѣднихъ опухолей, которыя, какъ мало выясненныя, мною оставлены въ сторонѣ, повидимому, въ литературѣ описано всего восемь случаевъ чистыхъ гемангіомъ спинного мозга. Три изъ нихъ оказались экстрадуральными, а пять — интрадуральными. Три раза опухоли были найдены у мужчинъ и четыре раза у женщинъ. Возрастъ больныхъ былъ 16, 27, 29, 35, 37 и 41 годъ. Въ одномъ случаѣ не былъ указанъ полъ, въ двухъ—возрастъ умершихъ. Кавернозный характеръ опухоли отмѣтили пять авторовъ (*Gaupp*, *Sézary*, *Lorenz*, *Hadlich* и *Fischer*). Отсутствіе въ большинствѣ случаевъ подробнаго микроскопическаго изслѣдованія опухолей въ значительной степени затрудняетъ ихъ опредѣленіе.

---

[1]) *Schultze*. Weiterer Beitrag etc. D.m.W. 1912. № 36. p. 1678.

Характернымъ является разнообразіе пораженій въ случаяхъ *Gaupp*'а, *Devic и Tolot* и *Berenbruch*'а. Одновременное существованіе столь различныхъ опухолей несомнѣнно говоритъ въ пользу зародышеваго ихъ происхожденія. На это указываетъ и общая гипоплазія всего организма въ случаѣ *Hadlich*'а, а также и наблюденія цѣлаго ряда авторовъ, начиная съ *Virchow*'а (1863) и *Recklinghausen*'а (1885) и кончая *Borst*'омъ (1898) и др., обратившихъ вниманіе на частую комбинацію ангіомъ и spina bifida. Относительно этой комбинаціи *Hildebrandt* (1893) указалъ, что „ангіомы“ въ большинствѣ такихъ случаевъ являются не настоящими новообразованіями, а лишь ангіоматознымъ превращеніемъ грыжевого мѣшка или ткани между грыжевымъ мѣшкомъ и кожей.

Литература. 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1885. **Recklinghausen.** Untersuchungen über die Spina bifida. V. A. 105. — 1885. **Hebold.** Aneurysmen der kleinsten Rückenmarksgefässe. A. Psych. XVI. p. 813. — 1887. **Gaupp.** Casuistische Beiträge zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks u. seiner Häute. I.D. Tübingen. см. Ziegler и Nauwerck. Bericht über 20 Dissertationen. Z. Beitr. 1887. II/2. p. 510. — 1890. **Berenbruch.** Ein Fall von multiplen Angio-Lipomen kombiniert mit einem Angiom des Rückenmarkes. I.D. Tübingen. — 1893. **Hildebrandt.** Pathologisch-anatomische und klinische Untersuchungen zur Lehre über die Spina bifida. D. Z. Chir. XXXVI. — 1897. **Schüle.** Zur Lehre von den Spalt-und Tumorenbildungen des Rückenmarkes. D.Z.N. XI. p. 192. — 1898. **Borst.** Sacraltumoren. C. Path. IX. p. 449. — 1898. **Schlesinger.** см. стр. 204. — 1900. **Brasch.** Ueber einen schweren Symptomencomplex, bedingt durch eine aneurysma serpentinumartige Veränderung eines Theils der Rückenmarksgefässe. B.kl.W. № 52 и 53. — 1901. **Lorenz.** Cavernöses Angiom des Rückenmarkes. Tödtliche Blutung. I.D. Jena. см. L.O.E. IX/1. p. 475; Astwatzaturow (см. стр 441) и др. — 1903. **Hadlich.** Ein Fall von Tumor cavernosus des Rückenmarks mit besonderer Berücksichtigung der neueren Theorien über die Genese des Kavernoms. V.A. 172. p. 429. — 1904. **Borst.** Rückenmarksgeschwülste. Hämangiom. L.O.E. IX/1. p. 475. — 1904. **Raymond et Cestan.** Un cas d'anévrisme cirsoïde probable de la moëlle cervicale. R. neur. № 10. p. 457. — 1906. **Devic et Tolot.** см. стр. 334. — 1907. **Sézary.** Tumeur (hémangiome) de la dure mère rachidienne. Soc. anat. 6 série. IX. № 6. p. 480. — 1908. **Flatau.** Medycyna (по польски). см. I.B. Neur. XII. p. 603. — 1909. **Flatau.** Работы I конгресса польскихъ невропатологовъ и психіатровъ. см. I.B.Neur. 1910. XIII. p. 601. — 1911. **Пуссепъ.** Оперативное лѣченіе опухолей оболочекъ спинного мозга. Р.В. № 10. p. 385. — 1912. **Fischer.** Дем. Aerztlicher Verein. Frankfurt a. M. Реф. см.

M.m.W. № 20. p. 1131. — 1912. **Schultze**. Operativ geheilte Rückenmarksgeschwülste. Niederrh. G.f. Natur u. Heilkunde. Bonn. 12. II. Пр. in M. Kl. № 18. p. 761. — 1912. **Онъ-же**. Weiterer Beitrag zur Diagnose und operativen Behandlung von Geschwülsten der Rückenmarkshäute und des Rückenmarks. Erfolgreiche Operation eines intramedullären Tumors. D.m. W. № 36. p. 1676—1679. — 1913. **Auvray**. Maladies du rachis et de la moelle. In D.D. XIV. — **Krause**. см. Пуссепъ. —

ГЛАВА XVI.

Гемангіомы глаза.

Въ класической лекціи *Virchow* [1]) (1863) упоминаетъ объ ангіомахъ вѣкъ, орбиты и собственно глаза, подразумѣвая ангіомы конъюнктивы, роговой и сосудистой оболочки. Первыя двѣ группы онъ причислялъ къ наружнымъ ангіомамъ (ангіомы вѣкъ—къ кавернознымъ, орбиты—къ глубокимъ), а послѣднюю—къ внутреннимъ.

Mauclaire и de Bovis [2]) (1896) также различаютъ ангіомы вѣкъ, орбиты и глазного яблока. Эти авторы указываютъ на рѣдкость самостоятельныхъ ангіомъ вѣкъ и орбиты (въ послѣдней, по ихъ мнѣнію, извѣстно около 60 случаевъ) и на чрезвычайную рѣдкость первичныхъ ангіомъ самого глаза („ce sont de vraies curiosités pathologiques" [3]).

Въ настоящее время въ литературѣ, главнымъ образомъ въ специальной, офтальмологической, накопился рядъ новыхъ наблюденій, среди которыхъ имѣется много цѣнныхъ въ смыслѣ болѣе или менѣе подробнаго патологоанатомическаго изслѣдованія; къ описанію ихъ я въ послѣдующемъ и перейду. Здѣсь же нужно оговориться, что главное, почти исключительное вниманіе будетъ мною обращено именно на тѣ случаи, діагнозъ которыхъ достовѣрно установленъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Для удоб-

---

1) *Virchow.* см. стр. 9.

2) *Mauclaire et de Bovis.* см. стр. 49.

3) *Mauclaire et de Bovis.* l. c. p. 146.

ства я послѣдую примѣру выше упомянутыхъ авторовъ и не ограничусь описаніемъ гемангіомъ только глазного яблока, являющихся величайшими рѣдкостями, а также разсмотрю гемангіомы, развивающіяся въ сосѣднихъ съ глазнымъ яблокомъ тканяхъ, т. е. гемангіомы вѣкъ, конъюнктивы, слезныхъ органовъ, глазныхъ мышцъ, зрительнаго нерва и остальныхъ мягкихъ тканей орбиты.

А. Гемангіомы глазного яблока.

Отсутствіе описаній гемангіомъ роговой оболочки и склеры. Случай *Gräfe*.— Рѣдкость нахожденія гемангіомъ радужной оболочки и циліарнаго тѣла. Гемангіомы сосудистой оболочки. Ихъ казуистика. Распредѣленіе гемангіомъ сосудистой оболочки соотвѣтственно сторонамъ пораженія и ея отдѣламъ, а также по полу и возрасту ихъ носителей. Макроскопическая ихъ картина: величина, форма и отсутствіе капсулы. Микроскопическая картина и образованіе костной ткани. Ростъ и этіологія гемангіомъ сосудистой оболочки.—Гемангіомы сѣтчатой оболочки. Ихъ казуистика. Макро- и микроскопическая картина и этіологія этихъ гемангіомъ.—Вторичныя и первичныя гемангіомы стекловиднаго тѣла.

1. Гемангіомы роговой оболочки и склеры. При описаніяхъ опухолей глазного яблока обычно приводится также описаніе опухолей наружныхъ его оболочекъ. Однако, въ главахъ, посвященныхъ опухолямъ *роговой оболочки*, *Panas* (1894) и *Lagrange* (1899 и 1901), не приводятъ ни одного случая гемангіомы ея. Перечисляя болѣзни *склеры*, *Panas* совершенно не упоминаетъ объ ея опухоляхъ, а *Lagrange* (1901), хотя и приводитъ рядъ примѣровъ опухолей склеры, но въ ихъ числѣ нѣтъ ни одной гемангіомы.

Mauclaire и de Bovis (1896) также ничего не говорятъ о гемангіомахъ роговой оболочки и склеры.

Одинъ только *Virchow* (1863) между прочимъ приводитъ случай сосудистой опухоли роговой оболочки, описанный *старшимъ Gräfe*.

У 7-лѣтней дѣвочки была удалена разросшаяся staphyloma corneae; опухоль состояла изъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ.

Отмѣчу, что *Gräfe* причислялъ къ сосудистымъ опухолямъ (телеангіэктазіямъ) какъ стафилому роговой оболочки, такъ и стафилому склеры, однако это мнѣніе болѣе никѣмъ не раздѣляется.

Virchow, повидимому, лишь для полноты изложенія привелъ упомянутое выше наблюденіе и мнѣніе *Gräfe*.

При просмотрѣ литературы мнѣ также не пришлось встрѣтить описанія сосудистыхъ опухолей наружныхъ оболочекъ глазного яблока, такъ что нужно сказать, что за послѣднія 50 лѣтъ, гемангіомы роговой оболочки и склеры, повидимому, никѣмъ не описаны.

Литература. 1863. **Virchow**. см. стр. 9; III. p. 403. — 1894. **Panas**. Traité des maladies des yeux. I—II; II. p. 304 и 452. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1899. **Lagrange**. Des tumeurs primitives de la cornée. A.O. XIX. p. 209. — 1901. **Lagrange**. Traité des tumeurs de l'oeil. I. p. 192 и 227. — **Gräfe**. см. V. p. 403. —

2. Гемангіомы сосудистаго тракта. Гемангіомы сосудистаго тракта могутъ локализироваться въ радужной оболочкѣ, въ рѣсничномъ тѣлѣ и въ сосудистой оболочкѣ.

Въ *радужной оболочкѣ* описаны лишь единичные случаи гемангіомъ. „Malgré sa richesse en vaisseaux“, пишетъ *Panas* (1894), „l'iris est rarement le siège d'angiomes“ [1]). Это мнѣніе *Panas*'а является правильнымъ и въ настоящее время. Изъ трехъ случаевъ опухолей радужной оболочки, приведенныхъ этимъ авторомъ, въ двухъ (случаи *Wecker*'а 1876 и *Wolfe* 1880), микроскопическое изслѣдованіе опухолей совершенно не было произведено; въ третьемъ (случай *Schirmer*'а 1860) микроскопическое изслѣдованіе опухоли было слишкомъ недостаточнымъ. Поэтому, эти три случая нужно считать сомнительными.

Lagrange (1901) ограничивается приведеніемъ тѣхъ же упомянутыхъ трехъ случаевъ, тогда какъ *Parsons* (1904) подтверждаетъ слова *Panas*'а („angioma of the iris“, пишетъ *Parsons*, „are excessively rare“) [2]) и приводитъ случаи *Mooren* (1867), *Schelske* (1870), *Berry* (1889) и два случая *Ray*, *Amos* и *Alt*'а (1901). Сосудистыя опухоли первыхъ трехъ авторовъ

---

[1]) *Panas*. Traité des maladies des yeux. 1894. I. p. 343.

[2]) *Parsons*. The pathology of the eye. 1904. I. p. 325.

не подвергались микроскопическому изслѣдованію, а потому являются сомнительными. Здѣсь же нужно упомянуть, что *Mooren* удалилъ, но не изслѣдовалъ опухоль, о которой писалъ *Wecker*, цитированный *Panas*'омъ. Что касается послѣднихъ двухъ случаевъ, описанныхъ тремя авторами въ одной статьѣ, то въ одномъ случаѣ была найдена капиллярная, а въ другомъ—венозная ангіома радужной оболочки. Подробности строенія этихъ двухъ опухолей радужной оболочки не могутъ быть приведены, такъ какъ работа цитированныхъ авторовъ появилась въ недоступной мнѣ американской литературѣ. Тѣмъ болѣе интереснымъ является указаніе *Kayser*'а (1903), который считаетъ обѣ опухоли за саркомы, богатыя сосудами.

Гемангіому *рѣсничнаго тѣла* наблюдалъ, насколько мнѣ извѣстно, одинъ только *Czermak* (1891). Этотъ авторъ демонстрировалъ въ вѣнскомъ обществѣ врачей мужчину 27 лѣтъ съ врожденнымъ, вѣроятно, пораженіемъ лѣваго глаза съ характеромъ angioma simplex venosum *(?)* corporis ciliaris. По мнѣнію *Czermak*'а, этотъ случай единственный въ своемъ родѣ („unicum"), но, въ виду отсутствія патолого-анатомическаго изслѣдованія, его нужно считать пока недостаточно выясненнымъ.

На основаніи вышеизложеннаго нужно признать, во-первыхъ, что гемангіомы радужной оболочки и рѣсничнаго тѣла глаза во всякомъ случаѣ чрезвычайно рѣдки и, во-вторыхъ, что въ литературѣ не имѣется ни одного случая гемангіомы упомянутыхъ частей глаза, діагнозъ которой былъ бы несомнѣнно установленъ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ.

Гемангіомы *сосудистой оболочки* также принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ, и, напримѣръ, *Wecker* (1876) въ руководствѣ *Graefe-Saemisch*'а о нихъ даже и не упоминаетъ. *Virchow* (1863) посвятилъ имъ всего шесть строкъ и цитируетъ въ нихъ сомнительный, по его мнѣнію, случай *Rosas*'а, упомянутый въ работѣ *Schuh* (1851). *Manclaire и de Bovis* (1896), кромѣ этого случая, упоминаютъ еще о случаяхъ *Lawford*'а (1885) и *Giulini* (1890). Цѣлый рядъ другихъ авторовъ (*Panas*, *Delens* 1898, *Lagrange* 1901, *Würdemann* 1906 и др.)

указываютъ на чрезвычайно рѣдкое нахожденіе этихъ опухолей. Наконецъ, нѣкоторымъ удалось собрать изъ литературы болѣе значительное количество опубликованныхъ случаевъ гемангіомъ сосудистой оболочки. Такъ, напримѣръ, *Kuhlo* (1904) насчитываетъ 10, *Fehr* (1905)--тоже 10, *Parsons* (1905)—11, *Wintersteiner* (1906)—13 и *Salus* (1912)—16 случаевъ подобныхъ опухолей.

Изъ выше упоминаемыхъ случаевъ микроскопическое изслѣдованіе не было произведено, насколько мнѣ извѣстно, въ четырехъ (случаи *Rosas-Schuh* 1851, *Allen Sturge* 1879, *Horrooks* 1883 и *Nettleship* 1884). Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ было произведено микроскопическое изслѣдованіе опухоли, иногда очень обстоятельное. Краткія свѣдѣнія о каждомъ изъ такихъ случаевъ приведены мною въ таблицѣ № *9*, помѣщенной въ приложеніи.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Panas и Remy* 1879 и 1894, *Jenning Miles* 1884, *Nordenson* 1883 и 1885, *Lawford* 1885, *Schiess-Gemuseus* 1888, *Giulini* 1890, *Tailor* 1894, *Deyl* 1899, *Wagenmann* 1900 (первый случай), *Steffens* 1902, *Wagenmann* 1903 (второй случай), *Greef* 1903, *Fehr* 1905, *Meller* 1907, *Stoewer* 1908, *Quackenboss* 1908 и *Quackenboss и Verhoeff* 1908, *Reis* 1910, *Bergmeister* 1911, *Hippel* 1911 и *Salus* 1912.

Почти всѣ приведенныя въ таблицѣ № *9* (см. приложеніе) опухоли причислены авторами къ кавернознымъ гемангіомамъ. Исключеніе составляютъ опухоли, описанныя *Deyl*'емъ, *Greefe*, *Bergmeister*'омъ, *Salus*, а также, по мнѣнію *Fehr*'а, первая опухоль, описанная *Wagenmann*'омъ.

Самъ *Wagenmann* діагносцировалъ свою опухоль (перваго случая) какъ angioma cavernosum, *Fehr* же не приводитъ никакихъ данныхъ, на основаніи которыхъ слѣдуетъ, по его мнѣнію, видоизмѣнить поставленный самимъ авторомъ діагнозъ. Поэтому опухоль перваго случая *Wagenmann*'а нужно, по моему мнѣнію, вопреки *Fehr*'у, считать кавернозной гемангіомой.

Deyl считалъ небольшую сосудистую опухоль (телеангіэктазію), найденную имъ подъ сѣтчаткой въ области желтаго пятна, за анатомическую подкладку колобомы желтаго пятна. *Wintersteiner* первый высказалъ предположеніе, что

опухоль *Deyl*'я была гемангіомой сосудистой оболочки. Мнѣніе *Wintersteiner*'а очень правдоподобно, тѣмъ болѣе, что и другіе авторы (*Tailor*, *Giulini*) настаиваютъ на несомнѣнной связи между ангіомами сосудистой оболочки и существованіемъ колобомъ. Краткія данныя микроскопическаго изслѣдованія опухоли *Deyl*'я не исключаютъ возможности считать описанную имъ опухоль за кавернозную гемангіому, хотя самъ *Deyl* и назвалъ найденныя имъ измѣненія сосудовъ телеангіэктатическими.

Опухоль, описанную *Deyl*'емъ, въ виду близкаго сходства ея съ кавернозными опухолями сосудистой оболочки глаза можно, слѣдовательно, также причислить къ послѣднимъ.

Greef въ своемъ учебникѣ приводитъ рисунокъ большой „телеангіэктатической" опухоли сосудистой оболочки. Картина, изображенная на рисункѣ, по моему мнѣнію, скорѣе напоминаетъ кавернозную, чѣмъ простую гемангіому.

Bergmeister категорически причисляетъ описанную имъ сосудистую опухоль сосудистой оболочки къ простымъ гемангіомамъ, главнымъ образомъ, по причинѣ отсутствія ясно выраженныхъ перегородокъ между полостями. Взамѣнъ такихъ перегородокъ между расширенными капиллярами сосудистой оболочки находился лишь эндотелій ихъ стѣнокъ. Отмѣчу, что въ описаніяхъ и остальныхъ сосудистыхъ опухолей сосудистой оболочки, причисленныхъ авторами къ кавернознымъ гемангіомамъ, обычно указывается на очень незначительное количество или даже на отсутствіе стромы. Вообще описаніе *Bergmeister*'а настолько мало разнится отъ описаній другихъ авторовъ, что столь рѣзкое противопоставленіе его опухоли остальнымъ сосудистымъ опухолямъ сосудистой оболочки врядъ-ли слѣдуетъ считать обоснованнымъ.

Наконецъ, *Salus* демонстрировалъ смѣшанную ангіому, состоявшую изъ гемангіомы и лимфангіомы и стоявшую, по автору, на границѣ между простой и кавернозной ангіомой. Къ сожалѣнію, въ доступныхъ для меня рефератахъ доклада *Salus*'а не приведено подробное описаніе микроскопическаго строенія изслѣдованной имъ опухоли.

Чаще всего гемангіомы сосудистой оболочки наблюдались въ лѣвомъ глазу—11 разъ, рѣже въ правомъ—6 разъ; четыре раза сторона пораженія авторами не указана.

Что касается мѣстоположенія опухоли въ сосудистой оболочкѣ, то главнымъ образомъ поражается центръ послѣдней, при чемъ лишь иногда гемангіома заходитъ до ora serrata. Локализація въ области желтаго пятна отмѣчена два раза (случаи 8 и 15)[1]) и въ области зрительнаго соска—три раза (случаи 1, 7 и 18). Чаще всего указывается, что опухоль располагалась на заднемъ полюсѣ глазного яблока. Такая локализація отмѣчена шесть разъ (случаи 4, 5, 7, 9, 11 и 19). Также въ заднемъ отдѣлѣ bulbi, но съ болѣе точной локализаціей — въ задней наружной $^1/_4$ глазного яблока—гемангіома сосудистой оболочки была найдена въ пяти случаяхъ (2, 13, 14, 16 и 17). Съ еще большей точностью, при условіи раздѣленія глазного яблока тремя взаимно перпендикулярными плоскостями на 8 равныхъ частей, отмѣчена локализація опухоли въ слѣдующихъ трехъ случаяхъ: въ заднемъ наружномъ верхнемъ отдѣлѣ (сл. 10) и въ заднемъ внутреннемъ нижнемъ отдѣлѣ (случаи 6 и 7). Въ четырехъ случаяхъ (3, 12, 20 и 21) подробности расположенія опухоли въ сосудистой оболочкѣ не указаны.

Распредѣленіе больныхъ, у которыхъ были найдены гемангіомы сосудистой оболочки глаза, по возрасту и полу представлено мною въ нижеслѣдующей таблицѣ XXVIII.

Таблица XXVIII.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ								Всего
	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	Среднихъ лѣтъ	Неизвѣстно	
мужч.	1	3	2	1	2	1	1	—	11
женщ.	1	5	1	1	—	—	—	—	8
неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Итого .	2	8	3	2	2	1	1	2	21

[1]) Цыфры соотвѣтствуютъ номерамъ по порядку случаевъ, приведенныхъ въ таблицѣ № 9 (см. приложеніе).

Оказывается, что по полу больныхъ опухоли распредѣляются почти одинаково: онѣ были найдены у 11 мужчинъ и у 8 женщинъ. Обычно гемангіомы сосудистой оболочки констатировались въ молодомъ возрастѣ: въ 10 случаяхъ изъ 21 онѣ были удалены у лицъ, не достигшихъ двадцатилѣтняго возраста. Этотъ фактъ противорѣчитъ мнѣнію *Graefe* (1868), по которому вообще опухоли сосудистой оболочки у дѣтей являются величайшей рѣдкостью. При этомъ нужно указать, что возрастъ больныхъ приводится всегда въ связи со временемъ энуклеаціи глаза. Между тѣмъ эта операція обычно производится уже при развившейся глаукомѣ и полной потерѣ зрѣнія, что, въ виду медленнаго роста гемангіомъ сосудистой оболочки, происходитъ, какъ правило, лишь долгое время послѣ появленія первыхъ признаковъ заболѣванія. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ *Stoewer*'а, (сл. 18) медленное развитіе гемангіомы наблюдалось въ теченіи 8 лѣтъ, а въ случаѣ *Fehr*'а (сл. 14) — 19 лѣтъ, и только по прошествіи указаннаго времени было приступлено къ энуклеаціи. На основаніи вышеуказанныхъ соображеній нужно думать, что гемангіомы сосудистой оболочки появляются уже въ очень молодомъ возрастѣ. Такому заключенію соотвѣтствуютъ и частыя указанія (*Stoewer*, *Tailor*, *Giulini*, *Fehr* и др.) на врожденность гемангіомъ сосудистой оболочки.

Макроскопически эти гемангіомы представляются въ видѣ небольшихъ, иногда веретенообразныхъ (сл. 13 и 14), чаще плоскихъ опухолей, то рѣзко ограниченныхъ, то незамѣтно переходящихъ въ окружающую сосудистую оболочку. Ихъ діаметръ колеблется отъ 5 mm. до 20 mm., толщина—отъ 1 mm. до 3 mm. Величину всей опухоли *Panas* сравнилъ съ величиной горошины (сл. 1), *Giulini*—съ величиной чечевицы (сл. 6), а *Nordenson*—съ величиной боба (сл. 4). Нѣкоторыя разлитыя опухоли достигали значительной величины, занимая, напримѣръ, всю заднюю половину глазного яблока (сл. 9 и 19).

Капсулы у описанныхъ до настоящаго времени опухолей не наблюдалось.

Переходя къ *микроскопической* картинѣ, нужно еще разъ указать на то, что она въ большинствѣ случаевъ очень однообразна. Опухоль обычно состоитъ изъ тѣсно лежащихъ

другъ около друга сосудистыхъ полостей, наполненныхъ кровью и выстланныхъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей или состоятъ только изъ эндотелія, или къ послѣднему присоединяются тоненькія прослойки соединительной ткани. Почти всѣ авторы отмѣчаютъ, что стѣнки болѣе широкихъ кровеносныхъ полостей по своему строенію напоминаютъ стѣнки капилляровъ. Стромы въ опухоляхъ почти не видно (*Lawford*, *Tailor* и др.), она бѣдна клѣтками; иногда въ ней видны многочисленныя пигментныя клѣтки (*Wagenmann*, *Steffens* и др.).

Особенностью микроскопическаго строенія описанныхъ опухолей является образованіе *костныхъ пластинокъ* на обращенной внутрь глаза поверхности гемангіомы. Ясно выраженныя костныя пластинки найдены въ 8 случаяхъ (4, 9, 10, 13, 14, 16, 17 и 20), остеоидная ткань—въ одномъ случаѣ (7). Въ двухъ случаяхъ (6 и 15) на поверхности гемангіомъ, обращенной внутрь глаза, были найдены гомогенныя, плотныя соединительнотканныя пластинки, быть можетъ субстратъ, въ которомъ впослѣдствіи образовалась бы кость. Въ однихъ случаяхъ наличность кости была опредѣлена только при микроскопическомъ изслѣдованіи, напримѣръ, въ случаѣ *Fehr*'а (сл. 14), гдѣ единственная найденная костная пластинка была толщиной только 70 μ.; въ другихъ случаяхъ (4, 10, 20 и др.) костная скорлупа облегала всю или почти всю обращенную внутрь глаза поверхность опухоли, будучи уже макроскопически замѣтной и достигая толщины 1,5 mm.—2 mm.

Вопросъ объ образованіи костной ткани въ глазу имѣетъ обширную литературу. Впервые кость въ глазу описалъ рядъ авторовъ начала прошлаго столѣтія (*Voigtel* 1809, *Meckel* 1812, *Otho* 1813 и *Schoen* 1828). Преимущественное пораженіе при этомъ сосудистой оболочки отмѣчено уже *Petrequin*, *Midlemore* (1838), *Schoen*'омъ (1838) и другими и съ тѣхъ поръ оно подтверждается всѣми писавшими по этому вопросу авторами. Однако, обстоятельныя микроскопическія изслѣдованія были произведены лишь *Hulke* (1857), который доказалъ, что, вопреки мнѣнію *Meyer*'а (1850), образованіе костной ткани въ глазу дѣйствительно имѣетъ мѣсто. Впослѣдствіи *Förster*'у первому удалось показать, что окостенѣніе происходитъ въ предѣлахъ только сосудистой оболочки

глаза. Современные авторы (*Wegener* 1900, *Пожарискій* 1904 и др.) вполнѣ подтвердили мнѣніе *Förster*'а. „Единственнымъ исходнымъ пунктомъ окостенѣнія", пишетъ *І. Ф. Пожарискій*, „можно признать только сосудистую оболочку" [1]. Что касается болѣе точной локализаціи образованія кости въ слояхъ сосудистой оболочки, то *Knapp* (1871) училъ, что оно возможно лишь въ choriocapillaris, *Schiess-Gemusens* же нашелъ, что образованіе кости чаще происходитъ въ новообразованной соединительной ткани въ области всей сосудистой оболочки.

Послѣдній взглядъ болѣе подходитъ къ обычно наблюдаемой патолого-анатомической картинѣ. И въ приведенныхъ выше случаяхъ образованіе кости обычно происходило въ новообразованномъ соединительнотканномъ слоѣ, облегающемъ съ внутренней стороны сосудистую оболочку. Особенно поучителенъ случай, описанный *Fehr*'омъ (сл. 14), гдѣ тоненькая костная пластинка, замѣтная лишь при микроскопическомъ изслѣдованіи, помѣщалась въ плотномъ соединительнотканномъ слоѣ, прилегавшемъ снутри къ опухоли. Основываясь на этомъ наблюденіи, я обратилъ вниманіе (стр. 456) на случаи 6 и 15, въ которыхъ также была отмѣчена наличность гомогенной соединительнотканной оболочки на обращенной внутрь глаза поверхности гемангіомы. Легко допустить, что и въ этой соединительной ткани при подходящихъ условіяхъ образовалась бы кость. А такими условіями, какъ установлено многочисленными изслѣдованіями (*Parisotti* 1887, *Grossmann* 1889, *Lagrange*, *Kuhlo*, *Fehr*, *Greef* и др.), является наличность хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, ведущихъ постепенно къ атрофіи глазного яблока. Особенно часто эти условія имѣются при phtisis bulbi.

Въ виду очень медленнаго роста гемангіомъ сосудистой оболочки, въ нихъ обычно также наблюдаются хроническія воспалительныя явленія и образованіе грануляціонной ткани, въ которой при послѣдующихъ измѣненіяхъ ея (оплотнѣніе и сморщиваніе) часто наблюдается образованіе

[1]) *Пожарискій*. О гетеропластическомъ образованіи костной ткани. Дисс. С.П. 1904. p. 155.

кости. На основаніи сказаннаго понятно, что окостенѣніе гемангіомъ сосудистой оболочки не представляетъ ничего характернаго для этихъ опухолей.

Ростъ гемангіомъ сосудистой протекаетъ, какъ было уже упомянуто, крайне медленно и сопровождается обычно цѣлымъ рядомъ вторичныхъ измѣненій (вторичная глаукома, отслоеніе сѣтчатки, полная потеря зрѣнія, атрофія глазного яблока и т. д.).

Относительно *этіологіи* нужно сказать, что большинство авторовъ высказывается въ пользу врожденнаго происхожденія гемангіомъ сосудистой оболочки. Многіе при этомъ указываютъ на чрезвычайно частое совпаденіе гемангіомъ сосудистой съ несомнѣнно врожденными гемангіомами наружныхъ покрововъ, чаще всего соотвѣтственной стороны лица. Такое совпаденіе указано приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ: *Jenning Miles* (сл. 2), *Lawford* (сл. 3), *Tailor* (сл. 7), *Wagenmann* (сл. 9 и 12), *Steffens* (сл. 10), *Kuhlo* (сл. 14), *Stoewer* (сл. 17) и *Quackenboss* (сл. 18).

Giulini (сл. 6) и *Tailor* (сл. 7), на основаніи локализаціи наблюденныхъ ими гемангіомъ въ заднемъ нижнемъ внутреннемъ отдѣлѣ глазного яблока, предполагаютъ связь между образованіемъ гемангіомъ сосудистой оболочки и колобомой. Къ нимъ присоединился *Wintersteiner*, который приводитъ случай *Deyl*'я (сл. 8), описавшаго телеангіэктазію на мѣстѣ колобомы. Только два автора, *Fehr* и *Meller*, считаютъ врожденное происхожденіе описанныхъ ими опухолей сомнительнымъ, хотя, впрочемъ, *Fehr* тутъ же оговаривается: „во всякомъ случаѣ нельзя исключить возможности того, что существовали врожденныя варикозныя расширенія сосудовъ сосудистой оболочки“ [1]).

Наконецъ, *Panas* (сл. 1) и *Wagenmann* (сл. 11) связываютъ появленіе опухоли съ травмами (ударъ палкой и попаданіе инороднаго тѣла въ глазъ).

Какъ было указано выше, почти всѣ авторы причисляютъ описанныя ими опухоли къ кавернозному виду сосуди-

---

[1]) „Zweifelhaft ist in unserem Falle, dass der Tumor angeboren ist... ...Immerhin ist die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass angeborene Varicositäten der Aderhaut bestanden haben...“ *Fehr*. Ueber das Angiom der Aderhaut C.f.A. 1905. XXIX. Juni. p. 168.

стыхъ гемангіомъ и лишь нѣкоторые—къ телеангіэктазіямъ. Между тѣмъ патолого-анатомическая картина всѣхъ почти случаевъ представляется очень однообразной. Это противорѣчіе объясняется тѣмъ, что до сихъ поръ оказывается невозможнымъ установить точную и общепризнанную классификацію сосудистыхъ опухолей. Дѣло въ томъ, что у насъ нѣтъ, напримѣръ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ никакого критерія даже для разграниченія расширенныхъ новообразованныхъ капилляровъ отъ также расширенныхъ, но предсуществовавшихъ кровеносныхъ капилляровъ. Далѣе, иногда невозможно установить, произошла-ли расширенная полость съ капиллярными стѣнками изъ разросшагося эмбріонально заложеннаго сосудистаго зачатка, или же путемъ необычныхъ измѣненій въ грануляціонной ткани. Въ первомъ случаѣ имѣется активный процессъ — гемангіома, во второмъ же пассивный — расширеніе сосудовъ (эктазія). При этомъ нужно еще отмѣтить, что гораздо легче разобраться въ опухоляхъ, развивающихся въ тканяхъ, не исключительно состоящихъ изъ сосудовъ, чѣмъ въ такихъ опухоляхъ, которыя занимаютъ, напримѣръ, внутренній слой сосудистой оболочки глаза (choriocapillaris).

Тѣмъ не менѣе изъ описаній вышеприведенныхъ авторовъ можно придти къ заключенію, что всѣ изслѣдованныя гемангіомы сосудистой оболочки, повидимому, не были вторичнаго происхожденія и исходили, вѣроятно, изъ ограниченнаго неправильнаго сосудистаго зачатка сосудистой оболочки. Воспалительныя явленія, отмѣченныя во всѣхъ случаяхъ, слѣдуетъ считать вторичными, обусловленными, отчасти, повышеніемъ внутриглазного давленія подъ вліяніемъ роста гемангіомъ.

Что касается вопроса о томъ, къ какому виду гемангіомъ должны быть причислены сосудистыя опухоли chorioideae, то наиболѣе правильнымъ, по моему мнѣнію, будетъ отнести ихъ къ кавернозной формѣ, или къ переходнымъ формамъ, но все же приближающимся къ кавернозной. Новообразованіе сосудовъ и полостей, повидимому, не особенно интенсивно, а въ нѣкоторыхъ опухоляхъ и совсѣмъ не замѣтно.

Сущность процесса въ той стадіи, въ которой онъ пред-

ставляется большинству изслѣдователей, состоитъ въ расширеніи новообразованныхъ капиллярныхъ кровеносныхъ полостей и въ сліяніи отдѣльныхъ полостей.

Литература. 1809. **Voigtel.** см. Lagrange. I. p. 851. - 1812. **Meckel.** см. ibidem. — 1813. **Otho.** см. ibidem. — 1828. **Schoen.** см. ibidem. — 1838. **Schoen.** An. oc. I. p. 267. 1838. **Midlemore.** Medico-chirurgical Review, by James Johson, Décember. in An. oc. I. p. 265. — 1850. **Meyer.** D.B. см. Nordenson. — 1851. **Schuh.** см. стр. 9. — 1857. **Hulke.** Med. Times a. Gaz. juny. см. Lagrange. I. p. 853. — 1860. **Schirmer.** Greifswald. med. Beiträge. III; A.f.O. VII. p. 119. — 1863. **Virchow.** см. стр. 9; III. p. 404. — 1867. **Mooren.** Ophthalmol. Beobachtungen. см. Parsons. — 1868. **Graefe.** см. Nordenson. — 1870. **Schelske.** Учебникъ офтальмологіи. см. Parsons. — 1871. **Knapp.** Ueber Knochenbildung im Auge. A.f.A.O. II/1. p. 133—157. — 1876. **Wecker.** Die Erkrankungen des Uvealtractus und des Glaskörpers. Gr. S. IV. p. 639. — 1879. **Panas et Rémy.** Anatomie path. de l'oeil. 59. pl. XVIII. fig. 4. — 1879. **Allen Sturge.** Clin. Soc. T. V. XII. p. 162. см. L.O.E. X/2. p. 1096 и др. — 1880. **Wolfe.** Med. Times a. Gaz. см. Parsons, Lagrange и др. — 1883. **Nordenson.** Heidelberger ophtalmol. Versamml. Sitzungsbericht. p. 193—195. см. L.O.E. X/2. p. 1096, Panas и др. — 1883. **Horrocks.** T.O.S. III. p. 106. см. ibidem. — 1883. **Schiess-Gemuseus.** Heidelberger ophtalmol. Vers. Sitzungsbericht. p. 1903. см. ibidem; A.f.O. XIX/1. — 1884. **Nettleship.** T.O.S. IV. p. 171. см. L.O.E. X/2. p. 1903. — 1884. **Jenning Miles.** Naevus of the right temporal and orbital naevus of the chorioid. T.O.S. 8. IV. p. 168. см. ibidem; I.B.O. XV. p. 471 и др. — 1885. **Lawford.** Naevus of the left side of face, naevus of the chorioid. T.O.S. IV. см. Kuhlo. - 1885. **Nordenson.** Ein Fall von cavernösem Aderhaut-Sarkom mit Knochenschale bei einem 11-jährigem Mädchen. A.f.O. XXXI. p. 58. — 1887. **Parisotti.** Sur les ossifications dans l'oeil. Recueil d'ophtalmologie. p. 462. см. Lagrange. I. p. 865. — 1888. **Schiess-Gemuseus.** Ophtalmologische Mitteilungen. Cavernöses Angiom der Chorioidea. A.f.O. XXXIV/3. p. 240. — 1889. **Berry.** Diseases of the eye. Edinb. см. Parsons. — 1889. **Grossmann.** De l'ossification dans l'oeil. A.O. IX. p. 137. — 1890. **Giulini.** Ueber das cavernöse Angiom der Aderhaut. A.f.O. XXXVI/4. p. 247—254. — 1891. **Czermak.** Angioma simplex venosum des Ciliarkörpers. A.G. Wien. 20. II; Teleangiectasie der vorderen Ciliarvenen. W.kl.W. IV. № 28. p. 511. — 1894. **Panas.** см. стр. 450; I. p. 420. — 1894. **Tailor.** Angioma cavernoso della coroide. A. di O. XXIII. p. 51. см. L.O.E. I/4. p. 85. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1898. **Delens.** Tumeurs de la choroide. D.R. IV. p. 242. — 1899. **Deyl.** Eine anatomische Erklärung des sogenannten Koloboms der Macula lutea. Wien. klin. Rundschau. № 2—3. см. L.O.E. X/2. p. 1096—1097. - 1900. **Wagenmann.** Ueber ein cavernöses Angiom der Aderhaut bei ausgedehnter Teleangiektasie der Haut. A.f.O. LI/3. p. 532. — 1900. **Wegener.** Ueber Knochenbildung im menschlichen Auge. I.D. Kiel. см. Пожарискій и др. — 1901. **Lagrange.** см. стр. 450; I. p. 284, II. p.

851. — 1901. **Ray, Amos and Alt**. Two cases of vascular naevus of the iris. Am. J. of Ophthalm. p 353. — 1902. **Steffens**. Ueber ein Angiom der Aderhaut mit ausgedehnter Verknöcherung bei Teleangiektasie des Gesichts. Kl.M. XL/II. p. 113. — 1903. **Kayser**. Ueber ein primäres Irissarkom entstanden in einem Naevus vasculosus iridis. Kl.M. Festschrift für Manz. p. 36. — 1903. **Wagenmann**. Angioma cavernosum chorioideae. O.G.H. 31. p. 287—289. — 1903. **Greef**. Teleangiectasien der Chorioidea, einen grossen Tumor bildend. In Orth. Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie. Auge. II Hälfte. 1 Theil. p. 312. — 1904. **Kuhlo**. Ein neuer Fall von cavernösem Aderhaut-Angiom. I.D. Greifswald. — 1904. **Пожарискій**. О гетеропластическомъ образованіи костной ткани. Дисс. С.П. — 1904/05. **Parsons**. The pathology of the eye. I. p. 325; II. p. 490. — 1905. **Fehr**. Ueber das Angiom der Aderhaut. Berlin. ophtalm. Ges. 18. V. см. O.Kl. № 11. p. 161; C.A. XXIX. Juni. p. 161—171. — 1906. **Würdemann**. The differential diagnosis and prognosis of tumours of the uveal tract. Sect. on opht. amer. med. Assoc. In Ophtalm. Record. p. 339. — 1906. **Wintersteiner**. Die Geschwülste des Uvealtractus. L.O.E. X 2. p. 1044. — 1906. **Greef**. см. 1903: I. Lief. III. — 1907. **Meller**. Ein Fall von Angiom der Chorioidea. Z.f.A. 17/1. p. 50. см. I.B.O. 38. p. 216; C. Path. p. 634. — 1908. **Stoewer**. Ein Fall von Angiom der Aderhaut. Kl.M. XLVI.2. p. 323. — 1908. **Quackenboss**. Angioma of the choroid. T.Am.O.S. XI. Part. III. p. 557. см. I.B.O 39. p. 189. — 1908. **Quackenboss and Verhoeff**. Angioma of the choroid A. of O. XVII/4. p. 644. см. Kl.M. 1909/2. XLVII. p. 358. — 1910. **Reis**. Angioma chorioideae. O.G.H. XXXVI. см. Kl.M. XLVIII. — 1911. **Bergmeister**. Ein Fall von Angiom der Chorioidea. A.f.O. 79 2. p. 285—292. — 1911. **Reis**. Zur Kenntniss des Angioma chorioideae. Z.f.A. 26 4. p. 308—317. см. C. Path. — 1911. **Hippel**. Die anatomische Grundlage der von mir beschriebenen „sehr seltenen Erkrankung der Netzhaut". A.f.O. 79. p. 350—377.—1912. **Salus**. Wissensch. Ges. deutscher Aerzte in Böhmen. 25.X. Реф. см. M.m. W. 47. p. 2597; M.Kl. № 47. p. 1926. — **Rosas**. см. Schuh. — **Petrequin**. см. Midlemore. — **Förster**. Atlas der pathol. Anatomie. t. XXXV. см. Lagrange. I. p. 859.

---

3. Гемангіомы сѣтчатой оболочки. *Panas* (1894) и *Lagrange* (1901), разбирая вопросъ объ опухоляхъ сѣтчатки, совершенно не упоминаютъ о гемангіомахъ этой области, *Parsons* (1905) же приводитъ только наблюденія *Treacher Collins*'а (1894). Однако, за послѣднее время накопился рядъ новыхъ наблюденій и *Vossius* (1913), напримѣръ, собралъ изъ литературы 22 случая, въ которыхъ, по его мнѣнію, авторы описали сосудистыя опухоли сѣтчатки. Пораженіе сѣтчатки гемангіомами онъ называетъ angiomatosis retinae или болѣзнью *Hippel*'я, по имени автора, впервые точно изучившаго какъ

клиническую, такъ и патолого-анатомическую картину этого заболѣванія. По *Vossius*'у, случаи ангіоматоза сѣтчатки наблюдали слѣдующіе авторы: *Fuchs* 1882, *Darier* 1890, *Treacher Collins* 1893, *Goldzieher* 1899, *Dzialowski* 1900, *Leplat* 1901, *Hippel* 1903 и 1904, *Sattler* 1903, *Herzog* 1903, *Wagenmann* 1903, *Jacoby* 1905, *Czermak* 1905, *Schleich* 1905, *Wood* 1905, *Гурвичъ* 1905, *Gutzmann* 1907, *Terson* 1908, *Wood* 1909, *Hippel* 1911, *Seidel* 1912, *Франкъ-Каменецкій* 1912, *Frenkel* 1912 и *Vossius* 1913.

Во всѣхъ случаяхъ, приведенныхъ перечисленными авторами, клиническая картина представлялась, по *Vossius*'у, однообразной. Патолого-анатомическое же изслѣдованіе удалось произвести только въ случаяхъ *Wood*'а (три глаза, изслѣдованы *Treacher-Collins*'омъ), *Czermak*'а (два глаза, изслѣдовалъ авторъ и *Ulbrich*) и *Hippel*'я (одинъ глазъ).

Кромѣ перечисленныхъ мною выше авторовъ, приведенныхъ *Vossius*'омъ, мнѣ въ доступной для меня литературѣ встрѣтились еще другіе авторы, описавшіе, повидимому, новые случаи сосудистыхъ опухолей сѣтчатки.

Эти авторы слѣдующіе: *Schirmer* 1860, *Pagenstecher и Genth* 1875, *Horrocks* 1883, *Classen* 1884, *Treacher Collins* 1896, *Pantaenius* 1899, *Pollock* 1907, *Carlotti* 1909, *Pooley* 1910 и *Moore* 1911.

Изъ этихъ авторовъ *Schirmer*, *Horrocks*, *Pollock*, *Carlotti*, *Pooley* и *Moore* привели только клиническое описаніе опухолей сѣтчатки, причисленныхъ ими къ гемангіомамъ. Работа *Pantaenius*'а мнѣ не была доступна. Наконецъ, *Pagenstecher и Genth* помѣстили на рис. 1 и 2 таблицы XXIX-ой изданнаго ими атласа патологической анатоміи глаза изображеніе ангіомы сѣтчатки. Въ текстѣ указано, что послѣдняя была усѣяна маленькими опухолями. Изображенная на рисункѣ опухоль сидитъ на ножкѣ и состоитъ изъ соединяющихся между собой сосудистыхъ пятенъ.

Укажу, что *Axenfeld* (1898) высказалъ сомнѣніе въ характерѣ этого образованія, которое онъ не призналъ за истинное новообразованіе.

Такимъ образомъ гистологическое изслѣдованіе сосудистыхъ опухолей сѣтчатки произвели, повидимому, только *Classen*, *Treacher Collins*, *Czermak* и *Hippel*.

Classen описалъ опухоль сѣтчатки подъ названіемъ „истинная ангіо-фиброма". Опухоль была удалена вмѣстѣ съ правымъ глазнымъ яблокомъ у мужчины 60 лѣтъ, у котораго съ 6-лѣтняго возраста послѣ травмы зрѣніе на правый глазъ было потеряно. Опухоль располагалась, по словамъ автора, въ заднемъ отдѣлѣ глазного яблока, „повидимому" въ сѣтчаткѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ огромнаго количества сосудовъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга плотными соединительнотканными пучками. Слои опухоли, обращенные къ серединѣ глазного яблока, представляли болѣе гомогенное строеніе и содержали окостенѣвшіе участки. Кнаружи опухоль переходила въ перерожденную сѣтчатку, представлявшуюся въ видѣ соединительнотканнаго тяжа.

Michel (1884), подробно реферировавшій только что приведенный случай, считаетъ діагнозъ *Classen*'а неубѣдительнымъ и также сомнѣвается въ томъ, чтобы опухоль исходила изъ соединительнотканно перерожденной сѣтчатки. По моему же мнѣнію, опухоль *Classen*'а, повидимому, очень похожа, по своему гистологическому строенію, на опухоли, изслѣдованныя остальными авторами (*Treacher Collins*'омъ, *Czermak*'омъ и др.).

Treacher Collins (1896) приводитъ случай, когда у женщины 65 л. глазное яблоко было заполнено бураго цвѣта опухолью, расположенной на мѣстѣ сѣтчатки и стекловиднаго тѣла. Подъ микроскопомъ было видно, что опухоль состояла изъ громаднаго количества кровеносныхъ капилляровъ.

Авторъ не приводитъ діагноза опухоли, но, повидимому, считаетъ ее сосудистой.

Кромѣ того *Treacher Collins* произвелъ микроскопическое изслѣдованіе одного глаза мужчины 20 л. и обоихъ глазъ его сестры 12 л. Клиническое описаніе этихъ случаевъ приведено *Wood*'омъ.

У мужчины была найдена между сосудистой и сѣтчатой оболочками опухоль, состоявшая изъ новообразованныхъ капиллярныхъ сосудовъ. Сосуды же сѣтчатки представлялись рѣзко расширенными и съ утолщенными стѣнками. Сама сѣтчатка также была утолщена.

У дѣвочки, заболѣвшей на 10—11 году жизни и окончательно ослѣпшей на 12 году, въ обоихъ глазахъ были найдены опухоли, состоявшія изъ многочисленныхъ капиллярныхъ сосудовъ. Въ правомъ глазу, посрединѣ конгломерата капилляровъ была найдена большая полость, наполненная какой то (?) жидкостью, въ лѣвомъ глазу опухоль проросла весь глазъ, такъ что Десцеметова оболочка, радужная оболочка, хрусталикъ и zonula не могли быть найдены. На внутренней поверхности сосудистой оболочки обоихъ глазъ были обнаружены участки окостенѣнія въ видѣ костныхъ пластинокъ.

Czermak въ 1905 г. сдѣлалъ докладъ объ ангіоматозѣ сѣтчатки и продемонстрировалъ микроскопическіе препараты. Случай, послужившій поводомъ къ его докладу, оказался очень интереснымъ.

У дѣвушки 15 лѣтъ *Herrnheiser*'омъ и *Czermak*'омъ въ 1896 г. были найдены рѣзкія измѣненія сѣтчатки въ обоихъ глазахъ. Въ 1898 г. этотъ же случай былъ показанъ на съѣздѣ офтальмологовъ *Goldzicher*'омъ (1899). Сѣтчатка обоихъ глазъ глубокими бороздами была раздѣлена на дольки, рѣзко выступавшія внутрь глазного яблока. На поверхности retinae были видны расширенныя артеріи, чрезвычайно („riesenhaft") застойныя вены и многочисленные новообразованные сосуды и группы ярко красныхъ пятенъ и узловъ.

Goldzicher поставилъ діагнозъ degeneratio fibromatosa interstitialis retinae и считалъ этотъ случай единственнымъ, описаннымъ въ литературѣ.

Въ 1899 г. *Czermak* удалилъ у своей ослѣпшей паціентки очень болѣзненный правый глазъ, а въ 1900 г. послѣдовала смерть больной. При вскрытіи была найдена киста мозжечка съ серознымъ содержимымъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи обоихъ глазъ ярко-красные узлы и пятна оказались истинными, повидимому, врожденными, сосудистыми опухолями, состоявшими изъ новообразованныхъ капиллярныхъ сосудовъ. Одни узлы были рѣзко отграничены отъ ткани сѣтчатки, другіе представлялись дольчатыми и выдѣлялись менѣе рѣзко. Въ сосудистой оболочкѣ отмѣчено развитіе костной ткани.

Наконецъ, въ 1911 г. появилась обстоятельная работа *Hippel*'я. Этотъ авторъ наблюдалъ у мужчины 23 л. въ правомъ глазу заболѣваніе, развившееся исподволь и поведшее черезъ 9 лѣтъ къ слѣпотѣ (cataracta accreta, synechia postica totalis). Впослѣдствіи развилась вторичная глаукома и на 16-омъ году заболѣванія *Hippel* былъ принужденъ удалить больной глазъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи глаза, *Hippel* нашелъ на мѣстѣ сѣтчатки сосудистые узлы, состоявшіе изъ новообразованныхъ кровеносныхъ капилляровъ. Узлы проросли сосудистую оболочку и остатки стекловиднаго тѣла. Кромѣ того, въ сосудистой оболочкѣ была найдена кавернозная гемангіома, а также окостенѣвшіе участки.

Однообразіе макро-и микроскопической картины приведенныхъ случаевъ *Classen*'а, *Treacher Collins* и *Wood*'а, *Czermak*'а и *Hippel*'я и клинической картины всѣхъ случаевъ, описанныхъ подъ діагнозомъ angiomatosis retinae, указываетъ на общую этіологію этихъ опухолей.

Отмѣченные нѣкоторыми авторами моменты какъ, напримѣръ, предшествовавшія появленію гемангіомъ сѣтчатки травмы или болѣзни (туберкулезъ, сифилисъ), повидимому, не являются причиной образованія гемангіомъ. Такъ *Hippel*,

сперва (1903) считавшій ангіоматозъ сѣтчатки туберкулезнымъ процессомъ, впослѣдствіи (1911) самъ отказался отъ этого предположенія.

Наиболѣе вѣроятнымъ является мнѣніе, по которому сосудистыя опухоли сѣтчатки врожденнаго происхожденія („kongenitale Anlage“, по *Vossius*'у)[1]). Это мнѣніе, впервые высказанное *Treacher Collins*'омъ, поддерживается также *Czermak*'омъ, *Hippel*'емъ, *Vossius*'омъ и др. Въ пользу врожденнаго происхожденія сосудистыхъ опухолей сѣтчатки говоритъ также одновременное нахожденіе (*Seidel*) въ четырехъ случаяхъ сосудистыхъ опухолей сѣтчатки, повидимому, врожденныхъ измѣненій головного мозга (кисть).

Литература. 1860. **Schirmer.** Ein Fall von Teleangiektasie. A.f. O. VII. p. 119—121. — 1875. **Pagenstecher und Genth.** Atlas der pathologischen Anatomie. — 1882. **Fuchs.** Aneurysma arterio-venosum retinale. A. f.A. XI. p. 440—444. — 1883. **Horrocks.** Facial, conjunctival and retinal naevus. L. II. № 3; Br.m.J. II. p. 117. — 1884. **Classen.** Angiofibrom der Netzhaut bei einem Haemophilen. I.D. München. см. I.B.O. 15. p. 524. — 1884. **Michel.** см. ibidem. — 1890. **Darier.** Dégénérescence cystoide bilatérale de la rétine à évolution lente et progressive. A.O. X. p. 203. — 1893. **Treacher Collins.** Some unusual forms of intraocular neoplasms. Opht. Soc. of the United Kingdom. 14. XII. см. Zabel; L.O.E. III/2. p. 667; I.B.O. 24. — 1894. **Онъ-же.** Тоже. T.O.S. XIV; Opht. Review. p. 38. — 1894. **Panas.** см. стр. 450; I. p. 667. — 1896. **Treacher Collins.** Descriptive catalogue of specimens in the hospital museum. Royal London Opht. Hospit. Rep. XIV. p. 53. Case 22. см. I.B.O. 27. — 1896. **Herrnheiser.** см. Goldzieher, Vossius и др. — 1898. **Axenfeld.** 3. Netzhautgeschwülste. In L.O.E. III/2. p. 667. — 1899. **Goldzieher.** Ueber einen bisher noch nicht bekannten Augenspiegelbefund. (Degeneratio fibromatosa interstitialis retinae). C.A. 23. p. 69. — 1899. **Pantaenius.** Ein Fall von Angioma der Vena centralis retinae bei ausgedehnten Teleangiektasien der Haut. I.D. Kiel. см. C. Path. — 1900. **Dzialowski.** Ein seltener Fall von Gefässerkrankung (Aneurysmenbildung) in der Retina. I.D. Giessen. см. Vossius. — 1901. **Lagrange.** см. стр. 450; I. p. 551. — 1901. **Leplat.** Anévrysme artério-veineux de la rétine. Soc. belge d'Ophthalm. 24. XI. см. An. oc. 1902. 127. p. 224; Hippel, Vossius и др. — 1903. **Hippel.** Über eine sehr seltene Erkrankung der Netzhaut. O. G.H. p. 199. — 1903. **Herzog.** Пренія къ докладу Hippel'я. см. ibidem. — 1903. **Sattler.** Пренія къ докладу Hippel'я. см. ibidem. — 1903. **Wa-**

[1]) *Vossius.* Die Angiomatose der Retina. Sammlung zwangloser Abhandlungen. 1913. IX/1. p. 30.

enmann. Пренія къ докладу Hippel'я. см. ibidem. — 1904. **Hippel.** Über eine sehr seltene Erkrankung der Netzhaut. A.f.O. LIX. p. 83. — 1904/05. **Parsons.** см. стр. 461; II. p. 650. — 1905. **Jacoby.** Ein weiterer Fall der mit aneurysmaartiger Bildung der Retinalgefässe verbundenen Retinalerkrankung. Kl.M. XLIII. I. p. 137. — 1905. **Czermak.** Angiomatose der Netzhaut. O.G.H. XXXII. 2—5. VIII. Vortrag; Demonstration microscop. Präparate. — 1905. **Schleich.** Пренія къ докладу Czermak'a. см. ibidem. — 1905. **Wood.** T. of the ophth. Soc. XXV. p. 96. см. Vossius. — 1905. **Гурвичъ.** Аневризматическое расширеніе венъ въ сѣтчаткѣ. Московск. офт. общ. 22II. Реф. см. В.О. р. 202; I.B.O. 1906; Vossius. — 1907. **Pollock.** Ein Fall eines venösen Naevus der Netzhaut. T.O.S. 25. V. Реф. in Kl.M. XLV/2. p. 296. — 1907. **Gutzmann.** Zwei Fälle einer sehr seltenen Netzhauterkrankung. Z. f.A. XVII. p. 40. — 1908. **Terson.** Dilatations artério-veineuses anévrysmales de la rétine en rapport avec une lésion très probablement tuberculeuse. An. oc. 139. p. 354. — 1909. **Wood.** T. of the ophth. Soc. XXIX. p. 115. см. Vossius. — 1909. **Carlotti.** Télangiectasies de la paupière, de la conjonctive et de la rétine. Soc. d'opht. Paris. 2. III. см. R. neur. 1910. p. 699; Rec. d'opht. p. 39. — 1910. **Pooley.** Retinal-angioma. T.O.S. 30/1. см. I.B.O. — 1911. **Moore.** Bilateral angioma of retina. T.O.S. Ophth. Review. p. 377. см. I.B.O. 42. p. 705 и 714. —1911. **Hippel.** Die anatomische Grundlage der von mir beschriebenen sehr seltenen Erkrankung der Netzhaut. A.f.O. 79. p. 350—377. — 1912. **Seidel.** Ueber ein Angiom der Netzhaut. 38 Kongress der ophtalmol. G. zu Heidelberg. Реф. in M.m.W. № 38. p. 2076. — 1912. **Frenkel.** Angiomatose capillaire de la rétine. An. oc. 147. mars. — 1912. **Франкъ-Каменецкій.** Случаи болѣзни v. Hippel'я. В.О. № 3. — 1913. **Vossius.** Die Angiomatose der Retina (von Hippelsche Krankheit). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. IX/1. —

---

4. Гемангіомы стекловиднаго тѣла. Опухоли стекловиднаго тѣла принадлежатъ къ исключительно рѣдкимъ патологическимъ процессамъ. Такъ, напримѣръ, *Panas* (1894) и *Lagrange* (1901) о нихъ совсѣмъ не упоминаютъ. Гемангіомы стекловиднаго тѣла описали *Vanlair* 1880, *Treacher Collins* 1896, *Jennings* 1902 и *Hippel* 1911, при чемъ *Treacher Collins* и *Hippel* наблюдали такія опухоли, лишь вторично захватившія стекловидное тѣло (см. стр. 463 и 464), тогда какъ *Vanlair* и *Jennings* описали гемангіомы съ первичной и исключительной локализаціей въ стекловидномъ тѣлѣ.

Vanlair произвелъ у четырехлѣтняго ребенка энуклеацію по поводу внутриглазной опухоли (предполагалась гліома). При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленнаго глаза въ стекловидномъ тѣлѣ было найдено образованіе, напоминавшее ангіому („une véritable efflorescence télangiectasique“, „une sorte d'angiome“)[1]. Оказалось, что изъ

[1]) *Mauclaire и de Bovis.* Les angiomes. 1896. p. 148

art. centralis nervi optici исходилъ сосудъ, распадавшійся на множество капиллярныхъ петель, которыя переплетались между собою въ стекловидномъ тѣлѣ.

По мнѣнію *Vanlair*'а, здѣсь имѣло мѣсто отсутствіе обратнаго развитія art. hyaloideae и ея вѣтвей, т. е. сохраненіе утробнаго кровообращенія въ стекловидномъ тѣлѣ. По мнѣнію *Mauclaire и de Bovis*'а, причислившихъ упомянутую опухоль къ гемангіомамъ, случай *Vanlair*'а показываетъ, что ангіомы являются слѣдствіемъ избыточнаго развитія сосудистой ткани.

Jennings описалъ у 72-лѣтней старухи, страдавшей геморрагическимъ ретинитомъ, въ стекловидномъ тѣлѣ лѣваго глаза сосудистую опухоль, состоявшую, какъ въ предыдущемъ случаѣ, изъ цѣлаго ряда петель сосудовъ. Переплетающіяся сосудистыя петли представляли собой, по мнѣнію *Jennings*'а, анастомозы между артеріальной вѣтвью maculae и двумя сосудами, выходящими изъ зрительнаго нерва.

Въ доступномъ мнѣ рефератѣ работы *Jennings*'а отсутствуютъ, къ сожалѣнію, болѣе подробныя данныя, такъ что представляется невозможнымъ окончательно рѣшить вопросъ, имѣлъ-ли *Jennings* дѣло съ воспалительнымъ процессомъ, или же съ порокомъ развитія; послѣднее предположеніе, по моему мнѣнію, болѣе вѣроятно.

Литература. 1880. **Vanlair**. A. phys. p. 459. см. M.B. p. 69 и 147. — 1894. **Panas**. см. стр. 450; I. p. 463—489. — 1896. **Treacher Collins**. см. стр. 465. — 1901. **Lagrange**. см. стр. 450. — 1902. **Jennings**. Vascular growth into the vitreous. A. of O. July. см. I.B.O. 33. p. 295. — 1911. **Hippel**. см. стр. 461. —

B. Гемангіомы органовъ и тканей, окружающихъ глазное яблоко.

Частота нахожденія и классификація гемангіомъ вѣкъ. Гемангіомы кожи и подкожнаго слоя вѣкъ. Ихъ казуистика и строеніе.—Частота нахожденія гемангіомъ конъюнктивы. Ихъ казуистика. Распредѣленіе больныхъ, страдавшихъ гемангіомами конъюнктивы, по возрасту и полу. Локализація, макро-и микроскопическое строеніе, мѣсто въ онкологической системѣ и этіологія гемангіомъ конъюнктивы.—Частота нахожденія опухолей слезнаго аппарата. Единственный въ литературѣ случай гемангіомы слезной железы: случай *Barlay*. Отсутствіе литературныхъ указаній на гемангіомы слезныхъ путей.—Частота нахожденія опухолей вообще и въ частности гемангіомъ глазныхъ мышцъ. Казуистика и строеніе гемангіомъ глазныхъ мышцъ.—Частота нахожденія опухолей зрительнаго нерва. Отсутствіе литературныхъ указаній на гемангіомы зрительнаго нерва.—Частота нахож-

денія опухолей остальныхъ мягкихъ частей глазницы. Казуистика гемангіомъ глазницы. Распредѣленіе больныхъ, страдавшихъ гемангіомами глазницы, по полу и возрасту. Локализація опухолей. Одиночныя и множественныя опухоли. Макро-и микроскопическое строеніе, ростъ, дальнѣйшее развитіе и этіологія гемангіомъ глазницы.—Казуистика гемангіомъ синусовъ.

---

1. **Гемангіомы вѣкъ.** О локализаціи сосудистыхъ опухолей въ области вѣкъ упоминаетъ, по свидѣтельству *Virchow*'а (1863), уже *Aëtius:* „Varices in palpebris ne cures: sunt enim maligni“ [1]. Свѣдѣнія о гемангіомахъ вѣкъ приводятся, хотя и на основаніи мало достовѣрныхъ случаевъ, также офтальмологами XIX столѣтія (*Schön* 1825, *Himly* 1843, *Mackenzie* 1854 и др.). Въ 1877 г. *Knapp* указываетъ на то, что на сосудистыя опухоли вѣкъ офтальмологи обращаютъ слишкомъ мало вниманія и что въ нѣкоторыхъ учебникахъ онѣ даже совсѣмъ не упоминаются.

Мнѣнія о частотѣ этихъ образованій различны. *Virchow* считаетъ ихъ очень частыми, однако самъ добавляетъ, что обычно онѣ не ограничиваются вѣками, но поражаютъ также кожу лба, носа и щекъ; *Knapp* повторяетъ мнѣніе *Virchow*'а; *Michel* (1876) уже считаетъ гемангіомы вѣкъ не частыми, а *Mauclaire и de Bovis* (1896) указываютъ даже на рѣдкость самостоятельнаго пораженія вѣкъ гемангіомами. *Maas* (1880) собралъ статистическаго характера свѣдѣнія о 137 гемангіомахъ, изъ которыхъ 112 ($81{,}7^0/_0$) локализировались въ области головы. Изъ числа послѣднихъ въ области вѣкъ находились 12, т. е. $10{,}7^0/_0$ гемангіомъ головы. По свидѣтельству авторовъ, гемангіомы чаще всего локализируются въ верхнемъ вѣкѣ, ближе къ внутреннему углу глаза (по *Panas*'у 1894 — ближе къ наружному), и обычно являются врожденными (*Virchow*, *Mauclaire и de Bovis*, *Lagrange* 1904, *Lagrange и Valude* 1906 и др.). *Lagrange и Valude* указываютъ также на предпочтительное нахожденіе ихъ у женщинъ.

Что касается *классификаціи*, то *Himly* различаетъ ангіэктазіи и varices наружной кожи вѣкъ, *Parsons* (1904) дѣлитъ сосудистыя опухоли вѣкъ на капиллярныя и кавернозныя гемангіомы: первыя состоятъ изъ увеличенныхъ въ чи-

---

[1]) *Aëtius*. Tetrabibl. II. Serm. III. cap. 85. цит. по *Virchow*'у. 1863. III. p. 351.

слѣ и размѣрахъ капилляровъ и бываютъ врожденными („capillary naevi") или пріобрѣтенными („teleangiectases"), вторыя состоятъ изъ тонкостѣнныхъ венъ и кровеносныхъ полостей. *Greef* (1906) различаетъ врожденныя телеангіэктазіи, состоящія изъ расширенныхъ венъ, и ангіомы артеріально-капиллярнаго характера, иногда врожденныя, а чаще развивающіяся во внѣутробной жизни. Ангіомы артеріально-капиллярнаго характера *Greef* дѣлитъ на angioma teleangiectaticum и angioma cavernosum. *Lagrange* и *Lagrange и Valude* пишутъ, что на вѣкахъ встрѣчаются всѣ разновидности гемангіомъ („il existe", пишетъ *Lagrange*, „dans les paupières toutes les variétés de tumeurs érectiles: angiome simple, angiome caverneux, angiome veineux, anévrisme artériel cirsoïde...") [1]).

Но, при просмотрѣ соотвѣтствующихъ казуистическихъ работъ, выясняется, что огромное большинство описанныхъ до сихъ поръ случаевъ гемангіомъ вѣкъ не подвергалось патолого-анатомическому изслѣдованію и потому для насъ не представляетъ интереса. Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Pauli* 1833, *Guillaume* 1842, *Carron du Villards* 1844 (семь случаевъ), *Stricker* 1867, *Mc. Clelland* 1868, *Dibbern* 1869, *Dobrzyski* 1869, *Talko* 1870, *Simon* 1872, *Desprès* 1873, *Hofmokl* 1874, *Knapp* 1877 (2 случая), *Knapp* 1880, *Richet* 1882, *Humbert* 1883, *Leplat* 1885, *Snell* 1886, *Fuchs* 1888, *Rapok* 1890, *Krenn* 1891, *Schanzenbach* 1891, *Bock* 1892, *Lagrange* 1902, *Lagrange и Débédat* 1902 и 1904, *Lagrange* 1904 (приводитъ снимки 7 больныхъ съ гемангіомами вѣкъ), *Garrot* 1904 (5 случаевъ), *Wecker* 1904, *Авербахъ* 1905, *Risley* 1906, *Charles* 1906, *Meissner* 1908, *Ghon* 1908, *Cantonnet и Duverge* 1909, *Carlotti* 1909 и *Capauner* 1911.

Число микроскопически изслѣдованныхъ гемангіомъ вѣкъ очень незначительно. Такія гемангіомы по локализаціи можно раздѣлить на слѣдующія группы: гемангіомы кожи и подкожнаго слоя вѣкъ, гемангіомы конъюнктивы вѣкъ (будутъ разсмотрѣны совмѣстно съ гемангіомами конъюнктивы глазного яблока), гемангіомы мышцъ вѣкъ (случай *Rumschewitsch*'а 1897, будетъ приведенъ вмѣстѣ съ гемангіо-

---

[1]) *Lagrange*. Traité. II. Tumeurs de l'orbite et des annexes. p. 639 и 640.

мами остальныхъ мышцъ глаза) и, наконецъ, гемангіомы, распространяющіяся преимущественно вглубь орбиты (случаи *Knapp*'а и др.), которыя будутъ цитированы въ связи съ самостоятельными гемангіомами орбиты.

Гемангіомы *кожи и подкожнаго слоя* вѣкъ изслѣдовали микроскопически, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Stoll* 1892 (три случая), *Becker* 1895, *Velhagen* 1899, *Дьяконовъ* 1905, *Rusche* 1907 (два случая), *Galezowsky* 1907 и *Meyerhof* 1910.

Stoll описалъ три случая гемангіомъ вѣкъ. Къ сожалѣнію, мнѣ не были доступны ни оригиналъ, ни рефератъ работы этого автора, лишь вскользъ упомянутой *Velhagen*'омъ.

Becker описалъ у женщины 50 лѣтъ кавернозную сосудистую опухоль нижне-внутренняго угла праваго нижняго вѣка. Опухоль, величиной съ горошину, впервые была замѣчена за два года до операціи и постепенно выросла до величины грецкаго орѣха. Удаленная опухоль оказалась окруженной капсулой и находилась подъ мышцей. При микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены многочисленныя различной величины полости, наполненныя кровью и раздѣленныя между собой очень тонкими соединительнотканными перегородками, выстланными однослойнымъ эндотеліемъ. Въ соединительной ткани перегородокъ было много сосудовъ различнаго калибра и многочисленныя тучныя клѣтки. Авторъ причислилъ эту опухоль къ кавернознымъ гемангіомамъ.

Velhagen изслѣдовалъ инкапсулированную гемангіому нижняго вѣка правой стороны, удаленную у девятимѣсячной дѣвочки. Опухоль уже при рожденіи выпячивала кожу середины вѣка, а при операціи оказалась въ подкожной ткани, достигнувъ величины грецкаго орѣха. При микроскопическомъ изслѣдованіи выяснилось, что опухоль соединительнотканными полосками дѣлилась на доли. Послѣднія состояли изъ безчисленнаго количества сосудовъ капиллярнаго типа съ утолщенными стѣнками, пронизанными многочисленными веретенообразными клѣтками. Среди капилляровъ повсюду были видны различной величины участки жировыхъ клѣтокъ. Діагнозъ: angioma simplex hypertrophicum lipomatodes subcutaneum.

Причину развитія этой опухоли авторъ видитъ исключительно въ заблудшихъ зачаткахъ или въ другихъ неправильностяхъ эмбріональнаго развитія.

Дьяконовъ удалилъ у мужчины 17 лѣтъ ангіому лѣваго верхняго вѣка, существовавшую съ рожденія и отличавшуюся лишь медленнымъ ростомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ клубка извитыхъ сосудовъ (какихъ, въ отчетѣ *Дьяконова* не сказано).

Rusche изслѣдовалъ два случая гемангіомъ вѣка.

Въ первомъ у восьминедѣльнаго мальчика была замѣчена небольшая опухоль подъ кожей лѣваго верхняго вѣка, увеличившаяся по истеченіи трехъ недѣль до размѣра грецкаго орѣха и распространившаяся до arcus superciliaris. Сперва съ лѣчебной цѣлью было испробовано впрыскиваніе раствора полуторахлористаго желѣза, однако опухоль не исчезла. Черезъ полъ года было предпринято ея оперативное удаленіе (размѣры опухоли были 10 mm. × 10 mm. × 10 mm.). При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли обнаружилось, что она состояла изъ многочисленныхъ долекъ, раздѣленныхъ волокнистой соединительной тканью, бѣдной ядрами. Дольки состояли изъ тѣсно другъ къ другу расположенныхъ тонкостѣнныхъ капилляровъ, частью пустыхъ и спавшихся, а частью расширенныхъ и содержащихъ красные кровяные шарики. Между капиллярами видны островки жировыхъ клѣтокъ и кое-гдѣ мелкія артеріи и вены. Въ междольковой соединительной ткани имѣются: участки жировыхъ клѣтокъ, вены различнаго калибра и кромѣ того отдѣльныя поперечнополосатыя мышечныя волокна. Авторъ считаетъ жировую ткань за новообразованную, такъ какъ въ вѣкѣ, по его словамъ, подкожный жиръ отсутствуетъ. Діагнозъ: angio-lipoma. Однако, *Rusche* добавляетъ, что эту же опухоль можно было-бы также разсматривать или какъ липому, по окружности которой вторично (послѣ рожденія) образовалась телеангіэктазія, или же, наконецъ, какъ телеангіэктазію, развившуюся въ подкожной жировой ткани брови и при ростѣ спустившуюся подъ кожу верхняго вѣка. Изъ всѣхъ трехъ предположеній наиболѣе вѣроятнымъ, несомнѣнно, является первое, какъ болѣе согласное съ общепринятыми взглядами на образованіе подобныхъ опухолей.

Во второмъ случаѣ *Rusche* наблюдалъ у мужчины 30 лѣтъ небольшую, величиной съ горошину, веретенообразную опухоль, помѣщавшуюся въ серединѣ праваго нижняго вѣка. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли, были найдены полости, наполненныя кровью и расположенныя между эпидермисомъ и мышечными пучками, при чемъ отдѣльные пучки мышцъ представлялись раздвинутыми полостями. Послѣднія были выстланы однослойнымъ эндотеліемъ и достигали діаметра отъ 0,5 mm. до 5 mm. Авторъ причислилъ эту опухоль къ кавернознымъ гемангіомамъ.

Galezowski наблюдалъ у 46-лѣтняго мужчины небольшую грушевидной формы ангіому на ножкѣ въ области середины верхняго вѣка. Опухоль была покрыта мышцей и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящей изъ полостей, наполненныхъ кровью и выстланныхъ эндотеліемъ. Авторъ причислилъ изслѣдованную имъ опухоль къ кавернознымъ гемангіомамъ.

Наконецъ, *Meyerhof* демонстрировалъ опухоль, удаленную у 16-лѣтней дѣвицы изъ верхняго вѣка. Опухоль существовала съ рожденія и состояла изъ фиброзной ткани, въ которой были заложены многочисленныя вены и кавернознаго вида полости. *Meyerhof* называетъ эту опухоль то кавернозной ангіофибромой, то angiofibroma plexiforme.

Такимъ образомъ въ доступной для меня литературѣ я нашелъ описанія семи сосудистыхъ опухолей съ локализаціей въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ вѣкъ. Изъ нихъ двѣ опухоли оказались по строенію простыми гемангіомами (случай *Velhagen*'а и первый случай *Rusche*) и три — кавернозными гемангіомами (случаи *Becker*'а и *Galezowski* и второй случай *Rusche*). Въ случаѣ *Дьяконова* авторъ не высказался относительно того, какого рода ангіома имъ была удалена изъ вѣка. На основаніи краткаго описанія его случая, можно предположить, что опухоль *Дьяконова* была простой гемангіомой. Наконецъ, опухоль *Meyerhof*'а, повидимому, должна быть отнесена къ сложнымъ опухолямъ, въ которыхъ сосудистая ткань является лишь однимъ изъ компонентовъ врожденнаго порока развитія.

Приведенныхъ мною изъ литературы семи случаевъ, конечно, недостаточно, чтобы высказаться относительно характерныхъ особенностей гемангіомъ вѣкъ. Упомяну лишь о томъ, что простыя ангіомы были найдены у малолѣтнихъ (возрастъ — 8 недѣль и 9 мѣсяцевъ), такъ что врожденность этихъ образованій очень вѣроятна. Кавернозныя же гемангіомы были удалены у пожилыхъ людей (30, 46 и 50 лѣтъ). Полъ больныхъ и локализація пораженія, для изученія патогенеза этого заболѣванія, повидимому, значенія не имѣютъ. Четыре опухоли были найдены у мужчинъ, три — у лицъ женскаго пола. Четыре раза гемангіомы находились въ верхнемъ вѣкѣ, три раза — въ нижнемъ. Наконецъ, справа опухоли отмѣчены три раза, слѣва — два раза; въ двухъ случаяхъ сторона пораженія не указана.

Литература. **Aëtius.** Tetrabibl. II. Serm. III. cap. 83. см. V. p. 350. — 1825. **Schön.** Pathol. Anatomie des menschlichen Auges. Hamburg. p. 60. см. V. p. 350. — 1833. **Pauli.** An. oc. I. Suppl. p. 26. — 1842. **Guillaume.** Compte-rendu des travaux de la soc. méd. de Metz. см. Carron du Villards. — 1843. **Himly.** Die Krankheiten u. Missbildungen des menschlichen Auges und deren Heilung. I. p. 220. — 1844. **Carron du Villards.** Quelques observations de guérison de tumeurs érectiles des paupières.- Considérations sur le traitement des tumeurs érectiles au général. An. oc. XI. p. 83. — 1854. **Mackenzie.** A practical treatise on the diseases of the eye. London. p. 158. см. V. p. 350. — 1863. **V.** см. стр. 9; III. p. 350. — 1867. **Stricker.** Mitteilungen aus der Praxis. V. Teleangiectasis palpebrae.

V.A. 41. p. 293. — 1868. **Mc. Clelland.** Philad. med. a. surg. Rep. XVIII. p. 213. см. Michel. — 1869. **Dibbern.** см. стр. 77. — 1869. **Dobrzycki.** Teleangiectasis palpebrae inferioris. Klin. polska. № 25. см. 1870. — 1870. **Онъ-же.** То же. Kl.M. 8. p. 147—148. — 1870. **Talko.** I.B.O. I. — 1872. **Simon.** Ueber Nervennaevi. A.f.D. I. p. 24—36. см. стр. 185; Michel. — 1873. **Desprès.** Soc. chir. 31.XII. см. M.B. — 1874. **Hofmokl.** Wien. med. Presse. см. I.B.O. и Schanzenbach. — 1876. **Michel.** Neubildungen der Lider. In Gr. S. IV. p. 415. — 1877. **Knapp.** Zur operativen Behandlung der Gefässgeschwülste der Augenlider und des vorderen Augenhöhlenabschnittes. A.f.A. VI 1. p. 38—48. — 1880. **Knapp.** Gefässgeschwulst am Lid. T. Am. O.S. см. I.B.O. XI. p. 406. — 1880. **Maas.** см. стр. 78. — 1882. **Richet.** Tumeur érectile de la paupière chez un petit enfant. G.d.H. № 150. см. I.B.O. — 1883. **Humbert.** Tumeur érectile de la paupière supérieure droite. Rev. de thér. № 12. см. Schanzenbach. — 1885. **Leplat.** Angiome de la face et des paupières, guéri par l'électrolyse. An. de la soc. méd. chir. de Liège. см. ibidem. — 1886. **Snell.** L. p. 163. см. Lagrange. — 1888. **Fuchs.** Angiome de la face et des paupières, guéri par l'électrolyse. An. de la soc. méd. chir. de Liège. Février. см. Schanzenbach. — 1890. **Rapok.** см. стр. 64. — 1891. **Krenn.** см. стр. 179. — 1891. **Schanzenbach.** Über die Teleangiektasien am Augenlide. I.D. München. — 1892. **Stoll.** B.B. см. Velhagen. — 1892. **Bock.** Angioma cavernosum oculi. C.A. 16. p. 261. — 1893. **Lapersonne.** Maladies des paupières et des membranes externes de l'oeil. см. C. Path. — 1894. **Panas.** см. стр. 450; П. p. 113. — 1895. **Becker.** Ein Beitrag zur Kenntniss der Schleimcysten und Gefässgeschwülste der Orbita. A.f.O. 41/1. p. 119—155. — 1896. **M.B.** см. стр. 49; p. 139. — 1897. **Rumschewitsch.** Ein Fall von cavernösem Angiom des oberen Lides. Kl.M. September и отд. оттискъ. — 1898/99. **Thulliez.** Contribution à l'étude des tumeurs érectiles des paupières. Thèse. Lille. см. C. Path. — 1899. **Velhagen.** Ein Fall von Angioma lipomatodes am Auge. Kl.M. Juli. p. 253. — 1902. **Lagrange.** Tumeur palpébrale pulsatile. Recueil d'Opht. p. 317. см. I.B.O. 33. p. 517. — 1902. **Lagrange et Débédat.** Tumeur érectile de la paupière; guérison par l'électrolyse. Recueil d'Opht. p. 378. см. I.B.O. 33. — 1902/06. **Greef.** Die pathologische Anatomie des Auges. In Orth. Lehrbuch der pathol. Anatomie. — 1904. **Garrot.** Contribution à l'étude des angiomes des paupières. Leur traitement par l'électrolyse. Thèse. Paris; Тоже. A. d'éléctricité méd. p. 398. см. I.B.O. 36. — 1904. **Parsons.** см. стр. 461; I. — 1904. **Wecker.** Angiome de la paupière et de la moitié gauche de la face. Soc. d'opht. de Paris. nov. см. A.O. 1905. — 1904. **Lagrange.** см. стр. 450. — 1905. **Дьяконовъ.** см. стр. 96; p. 107. — 1905. **Авербахъ.** Дем. въ зас. общ. глазн. врачей въ Москвѣ. 5. IV. Реф. in B.O. 1908. p. 237. — 1906. **Risley.** Cavernous angioma of the eyelid. Opht. Record. XV. p. 106. — 1906. **Онъ-же.** A case of cavernous angioma of the lower lid. College of physicians of Philadelphia. Sect. on opht. meeting. February. см. I.B.O. 37. — 1906. **Charles.** Angioma of the upper lid. Operation. The Interstate med. J. XIII. № 9. см. I.B.O. 37. p. 468. — 1906. **Lagrange et Valude.** Encyclopédie française d'ophtalmologie. V. p. 531. — 1907. **Galezowski.** Angiome pédiculé de la paupière. Soc. d'opht. de Paris. Recueil d'opht. p. 181. см. I.B.O. 38. p. 182. — 1907. **Rusche.**

Zur Kasuistik der Blutgefässgeschwülste der Augenlider und der Orbita. I.D. Giessen. — 1908. **Ghon.** Ueber eine seltene Entwicklungsstörung des Gefässsystems. P.G. XIII. p. 242—247. — 1908. **Meissner.** Angiom des Oberlides. Verein. d. Augenärzte in Ost-u. Westpreussen. Z.f.A. XLXI. p. 637. см. I.B.O. 39. — 1909. **Cantonnet et Duverger.** Naevus de la face avec vascularisation anormale de la conjonctive et de l'iris. Soc. d'opht. de Paris. Recueil d'opht. p. 39. см. I.B.O. 40. p. 570. — 1909. **Carlotti.** Angiome veineux de la paupière supérieure et de la conjonctive. Soc. d'opht. de Paris. 2. IV. La clinique opht. p. 203. — 1909. **Онъ-же.** см. стр. 466. — 1910. **Meyerhof.** Angiome plexiforme. Soc. d'opht. d'Égypte. Реф. in Kl.M. 1911. XLIX II. p. 135. — 1911. **Capauner.** Behandlung der Lidkavernome mittelst Kohlensäureschnee. Kl.M. XLIX. Nov. p. 641—647. —

---

2. **Гемангіомы конъюнктивы.** Гемангіомы конъюнктивы встрѣчаются не часто. *Desmarres*, *Rognetta* (1844) не встрѣчали ихъ ни разу; по *Fehr*'у (1897), въ клиникѣ *Hirschberg*'a онѣ за 28 лѣтъ наблюдались всего два раза. Первый случай гемангіомы конъюнктивы, по авторамъ, описанъ *Wardrop*'омъ (1808). Въ первой половинѣ XIX столѣтія въ литературѣ имѣются лишь единичныя наблюденія. *Virchow* (1863), ссылаясь на работы *Gräfe*, *Ammon*'a (1835) и *Roosbroeck*'a (1853), упоминаетъ о гемангіомахъ конъюнктивы и различаетъ ангіомы трехъ ея отдѣловъ: conjunctivae palpebrarum, carunculae lacrimalis и conjunctivae bulbi. Гемангіомы послѣдняго отдѣла, по *Virchow*'у, чрезвычайно рѣдки. *Mauclaire* и *de Bovis* (1896) приводятъ лишь случай *Snell*'я (1893).

Fehr (1897) первый собралъ разрозненныя въ литературѣ наблюденія гемангіомъ конъюнктивы. Всего онъ нашелъ 32 случая такихъ гемангіомъ. Главнымъ образомъ его работой пользовались *Lagrange* (1901) и *Saemisch* (1904), когда составляли соотвѣтствующіе отдѣлы своихъ руководствъ. *Pergens* (1901) собралъ изъ литературы уже 50 случаевъ гемангіомъ конъюнктивы и прибавилъ къ нимъ собственные два случая, а *Castelain* (1907) насчитывалъ вмѣстѣ со своими двумя случаями 55 гемангіомъ конъюнктивы.

И въ настоящее время авторы подтверждаютъ рѣдкость этихъ гемангіомъ. Такъ, напримѣръ, *Ржаницынъ* (1912) говоритъ: „вообще ангіоматозныя образованія конъюнктивы являются находками доволно рѣдкими“ [1]). Упомянутый ав-

---

[1]) *Ржаницынъ*. Къ казуистикѣ подконъюнктивальныхъ образованій ангіоматознаго характера. В.О. 1912. XXIX. Іюнь. p. 461.

торъ затѣмъ указываетъ, что въ Jahresbericht für Ophtalmologie за 38 лѣтъ собрано лишь 27 случаевъ доброкачественныхъ ангіоматозныхъ новообразованій, при чемъ сюда входятъ какъ гемангіомы, такъ и лимфангіомы.

Въ работахъ упомянутыхъ выше авторовъ, а также въ нѣкоторыхъ другихъ, мнѣ удалось найти свыше 70 отдѣльныхъ наблюденій гемангіомъ конъюнктивы. Но, просматривая подлинники или подробные рефераты этихъ работъ, легко можно убѣдиться, что большинство изъ описанныхъ опухолей совсѣмъ не было изслѣдовано и при томъ не только микроскопически, но часто даже и макроскопически (нѣкоторыя изъ нихъ не были удалены или же подвергались дѣйствію прижиганій, электролиза, впрыскиваній и т. п.). Указанное отсутствіе патолого-анатомическаго изслѣдованія, несомнѣнно, было неоднократно причиной всевозможныхъ смѣшеній и ошибокъ. Во избѣжаніе послѣднихъ необходимо изъ общаго числа описанныхъ гемангіомъ конъюнктивы выдѣлить всѣ тѣ опухоли, которыя не были провѣрены микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, нижеслѣдующіе авторы: *Wardrop* 1808 и 1809 (два случая), *Dobrycki* 1809, *Pelletan* 1809, *Burns* 1811, *Ammon* 1835, *Ammon-Celinski* 1838, *Roosbroeck* 1853 (три случая), *Dubois* 1855, *Sichel* 1856, *Schirmer* 1860, *Blessig* 1867, *Talko* 1872/73 (два случая), *Galczowski* 1873, *Hirschberg* 1874, *Rucioli* 1877, *Reich* 1877, *Leber* 1880, *René* 1880, *Фіалковскій* 1880, *Dimmer* 1882, *Horrocks* 1883, *Ficano* 1884, *Landesberg* 1886, *Bloch* 1891. *Bock* 1892, *Snell* 1893 (два случая), *Lippincott* 1895, *Bayer* 1896 (два случая), *Burnett* 1897, *Boest* 1898, *Bock* 1898 (2 случая), *Paderstein* 1901, *Blum* 1902, *Эрнротъ* 1903, *Gros* 1904, *Saemisch* 1904, *Schmidt-Rimpler* 1906, *Gifford* 1906, *Лурье* 1907, *Castelain* 1907, *Weber* 1908, *Вернке* 1909, *Carlotti* 1909 и *Parkes Weber* 1910.

Микроскопическое изслѣдованіе гемангіомъ конъюнктивы произвели, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Sichel* 1856 (одинъ случай), *Everbusch* 1883, *Rampoldi и Stefanini* 1884 (два случая), *Elschnig* 1889, *Snell* 1893, *Kroschinsky* 1894, *Zimmermann* 1894, *Alt* 1895, *Reik* 1897, *Fehr* 1897, *Bock* 1898 (три случая), *Bull* 1900, *Lagrange* 1901, *Pergens* 1901 (два случая), *Handmann* 1901, *Berl* 1901, *Ahlström* 1902, *Дамскій*

1904, *Carlini* 1905, *Ancona* 1907, *Quackenboss* 1908, *Steinhard* 1909 (одинъ случай), *Альманъ* 1909 и *Ржаницынъ* 1912 (два случая).

Краткія свѣдѣнія о каждомъ изъ случаевъ, описанныхъ вышеприведенными авторами, собраны мною въ таблицѣ *№ 10*, помѣщенной въ приложеніи.

Въ нижеслѣдующей таблицѣ XXIX-ой приведены свѣдѣнія о возрастѣ и полѣ больныхъ, упомянутыхъ въ таблицѣ *№ 10*.

Таблица XXIX.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ: Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	Неизвѣстно	Всего
мужч. .	4	8	1	1	—	2	—	16
женщ. . .	2	2	3	1	1	—	—	9
неизвѣст.	1	—	—	—	—	—	3	4
Итого .	7	10	4	2	1	2	3	29

Гемангіомы конъюнктивы чаще встрѣчались у мужчинъ (почти вдвое чаще, чѣмъ у женщинъ) и въ молодомъ возрастѣ (до 30 лѣтъ). Лишь два раза носителями гемангіомъ были люди старше 50 лѣтъ. Преимущественное нахожденіе гемангіомъ конъюнктивы у людей молодого возраста говоритъ въ пользу ранней, по всей вѣроятности, внутриутробной закладки данныхъ опухолей.

Конъюнктива верхней половины глаза была захвачена гемангіомами 12 разъ, нижней—5 разъ; въ 12 случаяхъ указаній въ этомъ направленіи не имѣется. Двѣнадцать разъ гемангіомы конъюнктивы были найдены въ правомъ глазу, 8 разъ въ лѣвомъ, 2 раза (сл. *Ancona* 1907 и *Альмана* 1909) были поражены оба глаза, наконецъ, въ 7 случаяхъ сторона не была указана. Во всѣхъ случаяхъ, приведённыхъ въ

таблицѣ *№ 10*, опухоли были одиночными, за исключеніемъ третьяго случая *Bock*'а, гдѣ было найдено 6 отдѣльныхъ маленькихъ гемангіомъ.

Распредѣленіе гемангіомъ по различнымъ отдѣламъ конъюнктивы было слѣдующее: 14 разъ гемангіомы найдены въ области conjunctivae palpebralis, 9 разъ—conjunctivae bulbi, 4 раза—въ области fornicis, 3 раза—полулунной складки и 2 раза—въ области слезнаго мясца.

Величина гемангіомъ конъюнктивы обычно малая: авторы чаще всего сравниваютъ ее съ величиной горошины или чечевицы. Наименьшая величина указана *Pergens*'омъ (1 mm.), затѣмъ діаметръ опухолей нѣкоторыми опредѣляется въ 1,0—1,2—1,5 cm.; наибольшіе размѣры имѣли опухоли, описанныя *Handmann*'омъ, *Bull*'емъ и *Quackenboss*'омъ. Опухоль *Handmann*'а занимала всю конъюнктиву глазного яблока, по клиническому же теченію напоминала злокачественное новообразованіе и была удалена вмѣстѣ съ глазомъ съ послѣдующей экзентераціей орбиты.

Характернымъ является частая наличность ножки (въ 8 случаяхъ). Присутствіе ножки породило взглядъ у нѣкоторыхъ авторовъ (*Fuchs*, *Elschnig* и др.), по которому самостоятельныхъ сосудистыхъ новообразованій конъюнктивы не бываетъ, а наблюдаются лишь обычные полипы, то есть мягкія фибромы, болѣе или менѣе богатыя сосудами, сидящія на ножкѣ. Къ такой категоріи опухолей причислилъ, напримѣръ, свой случай *Zimmermann*, тогда какъ *Pergens* считаетъ эту опухоль фиброангіомой. Противъ мнѣнія *Fuchs*'а, *Elschnig*'а и другихъ въ послѣднее время высказался, на основаніи собственнаго, тщательно изслѣдованнаго случая (haemangioma cavernosum конъюнктивы на ножкѣ), *Carlini*. Однако, по моему мнѣнію, нужно имѣть въ виду полную возможность смѣшенія обѣихъ формъ (истинныхъ гемангіомъ и телеангіэктатическихъ фибромъ), особенно въ томъ случаѣ, если патолого-анатомическое изслѣдованіе было произведено недостаточно или же совсѣмъ отсутствовало.

По микроскопическому строенію гемангіомы конъюнктивы оказались *простыми* гемангіомами въ случаяхъ, описанныхъ *Sichel*'емъ, *Bock*'омъ (первый случай), *Pergens*'омъ (первый случай), *Berl*'омъ и *Steinhard*'омъ. Въ случаѣ *Sichel*'я

микроскопическое изслѣдованіе было произведено въ 1856 г. и результаты его приводятся лишь вкратцѣ; въ случаяхъ *Bock*'а и *Pergens*'а имѣется лишь діагнозъ безъ дальнѣйшихъ подробностей и только въ двухъ случаяхъ (*Berl*'я и *Steinhard*'а) приведены болѣе точныя указанія на составные элементы опухолей.

Большинство опухолей оказалось *кавернозными* гемангіомами, при чемъ въ 9 случаяхъ (*Rampoldi и Stefanini*, *Elschnig*'а, *Snell*, *Zimmermann*'а, *Alt*'а, *Reik*'а, *Pergens*'а, второй случай, и *Альмана*, обѣ опухоли) отмѣчено настолько значительное участіе плотной соединительной ткани въ построеніи опухолей, что послѣднія получили названіе fibro-angioma cavernosum.

Наконецъ, въ случаяхъ *Quackenboss*'а и *Ржаницына* авторы не пришли къ окончательному заключенію ни о характерѣ описанныхъ ими гемангіомъ (*Quackenboss*), ни о мѣстѣ ихъ въ онкологической системѣ вообще (*Ржаницынъ*). Первый авторъ ограничивается указаніемъ, что описанная имъ опухоль является первичной ангіомой конъюнктивы, но не приводитъ болѣе подробнаго гистологическаго діагноза этой „ангіомы“. Второй авторъ говоритъ объ „образованіи подъ конъюнктивой, а отчасти и въ самой конъюнктивѣ, ткани, носящей рѣзко выраженный ангіоматозный характеръ“ [1]), наблюдавшемся имъ въ двухъ случаяхъ. Въ обоихъ случаяхъ кромѣ того была найдена трахома. Опухоль перваго случая *Ржаницынъ* считаетъ „артеріальной ангіомой типа Racemosum или Plexiforme въ глубокихъ частяхъ, и гипертрофическаго въ болѣе поверхностныхъ“ [2]), т. е. „истинной опухолью“ [3]). Опухоль второго случая *Ржаницынъ* характеризуетъ какъ „растущее образованіе ангіоматознаго характера“ [4]). Въ обоихъ случаяхъ, по *Ржаницыну*, вѣроятно, имѣло мѣсто „разрастаніе продуктовъ неправильной эмбріональной закладки“ [5]). Однако, тотъ же авторъ допускаетъ возмож-

---

[1]) *Ржаницынъ*. l. c. p. 455.

[2]) *Онъ-же*. l. c. p. 460.

[3]) *Онъ-же*. l. c. p. 465.

[4]) *Онъ-же*. l. c. ibidem.

[5]) *Онъ-же*. l. c. p. 466.

ность того, что и трахоматозный процессъ могъ въ обоихъ его случаяхъ самостоятельно „повести къ избыточному разрастанію сосудовъ, иными словами, къ появленію образованія ангіоматознаго характера“ [1]).

Что касается осложненій, встрѣчающихся въ отдѣльныхъ опухоляхъ, то наличность флеболитовъ отмѣчена два раза (сл. *Fehr*'а и *Даmскаго*), кровоизліяній—тоже два раза (сл. *Everbusch*'а и *Rampoldi и Stefanini*) и наличность воспалительнаго инфильтрата — пять разъ (сл. *Everbusch*'а, *Rampoldi и Stefanini* и *Ржаницына*). Наличность послѣдняго осложненія нѣкоторыми авторами приводится въ связь съ лѣченіемъ (напримѣръ, электролизомъ), иногда предшествовавшемъ удаленію опухоли, *Ржаницынымъ* же съ основнымъ заболѣваніемъ соединительной оболочки вѣкъ (трахомой), найденнымъ въ его случаяхъ. Наконецъ, въ опухоли второго случая *Pergens*'а найдено гіалиновое перерожденіе стѣнокъ сосудовъ и эндартеріитъ, а въ опухоли второго случая *Ржаницына*—амилоидное перерожденіе стѣнокъ новообразованныхъ сосудовъ и эндартеріитъ, въ результатѣ чего часто встрѣчалась полная облитерація сосудистыхъ просвѣтовъ.

Исходомъ гемангіомъ конъюнктивы во многихъ случаяхъ явилось усиленное разрастаніе соединительной ткани, постепенно замѣщающей сосудистыя полости.

По вопросу о происхожденіи гемангіомъ конъюнктивы лишь нѣкоторыми авторами (*Galezowski*, *Ruvioli*, *Snell*, *Paderstein* и *Gross*) высказано мнѣніе, что травма можетъ вызвать появленіе сосудистыхъ опухолей. Большинство же, начиная съ *Wardrop*'а, считаютъ гемангіомы вѣкъ (въ томъ числѣ и конъюнктивы вѣкъ) врожденными образованіями. Въ пользу послѣдняго мнѣнія говорятъ также случаи, когда у одного и того же лица наряду съ гемангіомой конъюнктивы имѣются еще сосудистыя новообразованія въ другихъ частяхъ тѣла. Такая множественность гемангіомъ описана нѣкоторыми авторами (*Schirmer*, *Horrocks*, *Snell*, *Gross*, *Castelain* и др.). Къ сожалѣнію, мнѣ въ доступной для меня литературѣ не удалось найти ни одного случая, гдѣ было бы произведено патолого-анатомическое изслѣдованіе.

---

[1]) *Ржаницынъ*. l. c. p. 461.

Наконецъ, *Ржаницынъ*, какъ мною выше уже упомянуто, указалъ на возможное значеніе трахомы въ качествѣ причиннаго момента для образованія ангіоматознаго характера опухолей. Однако, самъ *Ржаницынъ* больше склоняется въ пользу мнѣнія, высказаннаго большинствомъ авторовъ, по которому гемангіомы конъюнктивы являются результатомъ неправильной эмбріональной закладки, т. е. пороками развитія сосудистой системы.

Литература. 1808. **Wardrop**. Essays on the morbid anatomy of the human eye. Edinburg. см. Parsons. — 1890. **Wardrop**. On fungus haematodes. см. ibidem. — 1809. **Dobrycki**. Angioma cavernosum. In „Klinika". см. Pergens. — 1809. **Pelletan**. Clinique chirurgicale. II. p. 73. см. Lagrange. — 1811. **Burns Allan**. Observations on the surgical anatomy of the head and neck. см. Parsons. — 1835. **Ammon**. Teleangiectasia conjunctivae oculi et palpebrae. Z.f.O. 5. p. 84. — 1838. **Ammon Celinski**. Klin. Darstell. d. Krankheiten u. Bildungsfehler des Auges. II. p. 24. см. Fehr. — 1844. **Rognetta**. см. Fehr. — 1853. **Roosbroeck**. Cours d'ophtalmologie. I. p. 333. см. Lagrange. — 1855. **Dubois**. Naevus maternus conjonctival. An. oc. XXXIV. p. 267. — 1856. **Sichel**. Iconographie ophthalmologique. p. 593; p. 596. см. Lagrange. — 1860. **Schirmer**. Ein Fall von Teleangiectasie. A.f.O. VII/1. p. 119. — 1863. **Virchow**. см. стр. 9. — 1867. **Blessig**. Eine cavernöse Geschwulst der Conjunctiva sclerae, geheilt durch Injection von Liq. ferri sesquichlorati. Petersb. med. Z. II. p. 342. см. Fehr. — 1872/73. **Talko**. Teleangiectasiae conjunctivae bulbi. Gazeta lekarska; Kl.M. XI. p. 335 и 340. — 1873. **Galezowski**. Tumeurs érectiles de la partie scléroticale de la conjonctive. Rec. d'O. (série 2). I. p. 86. см. Lagrange. — 1874. **Hirschberg**. Angioma episclerae. Klin. Beobachtungen aus d. Augenheilanstalt. p. 5. см. Pergens. — 1877. **Ruvioli**. Un caso di angiectasia della congiuntiva. An. oc. VI. p. 186. — 1877. **Reich**. Ein Angiom der Conjunctiva bulbi. C.A. I. p. 176. — 1877. **Онъ-же**. Тоже. Mediz. Sammelschr. d. Kaukas. med. G. № 26. — 1880. **René**. Traitement des tumeurs érectiles des paupières et de la conjonctive par l'électrolyse positive. G.d.H. 53. p. 84 и 92. см. Lagrange. — 1880. **Leber**. Varix subconjunctivalis. A.f.O. XXVI. 3. p. 195. — 1880. **Фіалковскій**. Teleangiectasia conjunctivae venarum bulbi dextri. B. p. 685. — 1882. **Dimmer**. Ein Fall von Angiom der Conjunctiva bulbi. Pr. med. W. VII. № 34. p. 383. см. V.I.B. 17. — 1883. **Horrocks**. см. стр. 465; Pergens. — 1883. **Everbusch**. Ueber einige Veränderungen der Plica semilunaris. O.G.H. p. 158. — 1883. **Rampoldi**. Rendiconti della clinica oculistica di Pavia 1881—1882. A. di O. XII. p. 481. см. Pergens. — 1884. **Rampoldi e Steffanini**. Angioma primitivo della congiuntiva. A. di O. XIII. p. 74. см. Pergens и Axenfeld. — 1884. **Rampoldi e Steffanini**. Angioma cavernoso della congiuntiva, con diffusione alla caruncula lac-

rimale. A.di O. XIII. p. 75. см. Axenfeld. L.O.E. I/4. — 1884. **Ficano**. Zwei Fälle von Angiom der Bindehaut u. der Karunkel. A.di O. XIII. p. 74. см. Saemisch. 1904. — 1886. **Landesberg**. Zur Kenntniss der angeborenen Anomalien des Auges. VI. Teleangiectasie. Kl.M. XXIV. p. 405. — 1889. **Elschnig**. Ueber die polypenähnlichen Geschwülste der Bindehaut. A.f.A. XIX. p. 65. — 1891. **Bloch**. Abducenslähmung durch Zangengewalt nebst einem Anhang über Augenverletzungen aus gleicher Ursache. C.f.A. p. 134. см. I.B.O. — 1892. **Bock**. Angioma cavernosum oculi. C.f.A. XVI. p. 261. — 1893. **Snell**. Naevus of the plica semilunaris. T.O.S. XIII. p. 39. см. Parsons. — 1893. **Snell**. Naevus of conjunctiva and orbit. T.O.S. XIII. p. 41. см. ibidem. — 1893. **Snell**. Angioma of conjunctiva. T.O.S. XIII. p. 42. см. ibidem. — 1894. **Kroschinsky**. Ueber Angioma der Conjunctiva u. die Möglichkeit einer Spontanheilung. D.B. 14. p. 56—63. — 1894. **Zimmermann**. Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der polypoiden Neubildungen der Conjunctiva. Fall III. Kl.M. XXXII. p. 379. — 1895. **Bossalino und Hallauer**. Ein Fall von subconjunctivalem Angiom. A.f.O. XLI. 3. p. 186. — 1895. **Leber**. A.f.O. XLI. 3. p. 197. — 1895. **Lippincott**. Small cavernous angioma of ocular conjunctiva. T. Am. O.S. VII. p. 372. см. A.O. 1896. p. 318. — 1895. **Alt**. Siderosis conjunctivae in connection with a peculiar growth of the ocular conjunctiva. Am. J. of Ophth. XII. p. 33. см. I.B.O. — 1896. **Bayer**. Gefässgeschwulst der Bindehaut. I и II. Corresp. Bl. d. Ver. deutscher Aerzte von Reichenberg u. Umgebung. № 1. см. I.B.O. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1897. **Reik**. A case of cavernous angioma (vascular naevus) of the tunica conjunctiva. An. of O. Octob. Johns H.H.R. VIII. см. I.B.O. — 1897. **Burnett**. A. of O. XXVI. см. Parsons. I. p. 125. — 1897. **Fehr**. Ein Angiom der Conjunctiva bulbi. A.f.O. XLIV. p. 611. — 1898. **Boest**. Ein Fall von Angiom der Conjunctiva. I.D. München. см. I.B.O. 29. p. 659. — 1898. **Bock**. Augenärtztliche Mittheilungen. Blutgefässgeschwülste. Angioma cavernosum conjunctivae bulbi. Polypenartige Blutgeschwülste. W.m.W. 48. p. 1761, 1762 и 1763. — 1899. **Gonin**. Ueber ein subconjunctivales Angiofibrom des äusseren Augenmuskels mit hyaliner Degeneration. A.f.A. XXXIX. p. 89. — 1900. **Bull**. Three cases of vascular tumor of the orbit: two cured by operation, one apparently cured spontaneously. N.Y. med. Rec. 7. VII.; T.Am.O.S. Thirty sixt annual meeting. Waschington. mai. p. 27. см. C.f.A. XXIV. p. 517; I.B.O. XXXI. p. 465. — 1900. **Reis**. Ein Fall von teleangiectatischem Angiom der Conjunctiva bulbi mit Cystenbildung. Kl.M. XXXVIII. p. 559. — 1901. **Lagrange**. см. стр. 450; I. p. 90. — 1901. **Pergens**. Angioma conjunctivae. Kl.M. XXXIX. p. 19. (содержитъ перечень литературы). — 1901. **Handmann**. Ueber ein primäres cavernöses Angiom der Bindehaut. Kl.M. XXXIX. p. 379. — 1901. **Berl** Zur Geschwulstbildung an der caruncula lacrimalis. D.B. 47. p. 63. — 1901. **Paderstein**. Ein teleangiectatisches Fibrom der Conjunctiva. A.f.A. XLIII. p. 177. — 1902. **Blum**. Zur Kasuistik der Geschwulstbildungen der Conjunctiva mit besonderer Berücksichtigung der Neubildungen der Carunkelgegend. I.D. Giessen. — 1902. **Ahlström**. Zur Kasuistik der ocularen Tumoren; Angioma cavernosum subconjunctivae. D.B. 54. p. 25. — 1902. **Fehr**. Angiom der Conjunctiva bulbi. Berl. Opht. G. 26. VI. см. C.A. p. 242.

— 1903. **Эрнротъ.** Демонстрація ангіомы внутренняго угла глаза. С.П. офталмол. Общ. 13. XI.; В.О. XXI. p. 314. — 1904. **Дамскій.** Случай первичной кавернозной ангіомы конъюнктивы. Труды Общ. еврейскихъ врачей въ Кіевѣ. 23. I. В.Г. XI. № 34. p. 982. — 1904. **Fehr.** Angioma cavernosum der Conjunctiva bulbi. Berl. Opht. Ges. 20. X; Z.f.A. XII. p. 792. — 1904. **Saemisch.** In G.S.H. V. 1. p. 659. — 1904. **Gros.** Angiome de la conjonctive d'origine traumatique. Bull. médical de l'Algérie. XX. p. 202. см. I.B.O. — 1905. **Carlini.** Gli angiomi della congiuntiva. Studio clinico ed anatomo-pathologico. A. di O. XXXIV. 5—6. p. 396. — 1906. **Gifford.** Angioma of the conjunctiva succesfully treated by injections of absolute alcohol. Ophth. Record. p. 596. — 1906. **Schmidt-Rimpler.** Ein Fall von intermittierendem Exophthalmos infolge von Angiokavernombildung. Verein d. Aerzte in Halle a. S. M.m.W. p. 1325. — 1907. **Castelain.** Angiome de la conjonctive. A. O. CXXXVII. p. 113. — 1907. **Ancona.** Osservazioni di angiomi simetrici della congiuntiva. XIX Congresso dell. Assoc. opht. ital. Ottobre. — 1907. **Лурье.** Дем. кіевск. офт. общ. 6. XI. см. В.О. 1909. p. 178. — 1908. **Ancona.** Un caso di angiomi simetrici della congiuntiva tarsale. A. di O. XXXVII. p. 410. — 1908. **Weber.** см. стр. 183. — 1908. **Вернке.** Демонстрація больной съ angioma cavernosum conjunctivae oculi dextr. Одесск. офталмолог. кружокъ. 4. III.; В.О. 1909. XXVI. p. 336. — 1908. **Quackenboss.** Angioma of the orbit with invasion of the globe along the ciliary nerves. T. Am. O.S. Forty-fourth annual meeting. Vol. XI. Part. III. p. 510. см. I.B.O. 39. p. 150. — 1909. **Альманъ.** Патолого-анатомическія наблюденія. В.О. XXVI. p. 1010. — 1909. **Carlotti.** см. стр. 466. — 1909. **Steinhard.** Ueber je einen Fall von Angiom der Plica semilunaris u. der Orbita. I.D. Erlangen. — 1910. **Parkes Weber.** Proc. of the royal Soc. of Med. of London. III. № 6. April. Clin. sect. p. 142. см. R. neur. II. p. 470. — 1912. **Ржаницынъ.** Къ казуистикѣ подконъюнктивальныхъ образованій ангіоматознаго характера. В.О. XXIX. p. 455—467. — **Desmarres, Gräfe.** см. Lagrange. —

---

3. Гемангіомы слезнаго аппарата. Опухоли слезныхъ органовъ локализируются или въ слезныхъ железахъ, или въ слезныхъ путяхъ, resp. въ слезномъ мѣшкѣ.

Fromaget (1901), разбирая опухоли *слезныхъ железъ*, указываетъ на рѣдкость ихъ нахожденія, при чемъ онъ о гемангіомахъ ихъ даже не упоминаетъ. Въ числѣ 58 опухолей слезныхъ железъ, приведенныхъ у *Lagrange* (1904), нѣтъ ни одной сосудистой. Имѣются ли таковыя среди опухолей, упоминаемыхъ *Brose* (1909), мнѣ неизвѣстно, такъ какъ въ доступномъ мнѣ рефератѣ его доклада лишь сказано, что этотъ авторъ собралъ изъ литературы всѣ описанные случаи опухолей слезныхъ железъ, при чемъ въ большинствѣ

случаевъ опухоли оказались доброкачественными. Среди новѣйшихъ работъ объ опухоляхъ слезныхъ железъ нужно отмѣтить статью *Barlay* (1908), въ которой приводится, повидимому, первый въ литературѣ случай гемангіомы слезной железы. Къ сожалѣнію, работа *Barlay* въ подлинникѣ оказалась для меня недоступной.

Barlay удалилъ у трехлѣтней дѣвочки, страдавшей правостороннимъ exophthalmos'омъ, кусочекъ опухоли, находившійся на мѣстѣ слезной железы. При микроскопическомъ изслѣдованіи пробнаго кусочка, найдена гемангіома. Многіе сосуды опухоли оказались съ утолщенной интимой и выполненными организованными тромбами.

Опухоли *слезныхъ путей* сводятся къ опухолямъ слезнаго мѣшка, являющимся большой рѣдкостью. Рядъ такихъ опухолей приводится у *Lagrange* (1904), но гемангіомъ среди нихъ нѣтъ. *Maggi* (1906) собралъ изъ литературы свѣдѣнія о первичныхъ опухоляхъ слезнаго мѣшка; гемангіомъ среди нихъ также не было. Послѣдній авторъ въ своей статьѣ также указываетъ на рѣдкость нахожденія опухолей въ слезномъ мѣшкѣ и на отсутствіе объясненія этой рѣдкости. „Però“, пишетъ *Maggi*, „senza che se ne possa dare una ragione, sta il fatto, che, se si fa eccezione dai polipi, tutti gli altri tumori primitivi del sacco lacrimale sono molto rari tanto che la letteratura ne registra pochissimi“ [1]).

Изъ приведенныхъ мною данныхъ можно заключить, что гемангіомы слезныхъ путей (слезныхъ мѣшковъ), повидимому, до послѣдняго времени описаны не были.

Литература. 1901. **Fromaget.** Tumeurs des glandes lacrymales. A.O. XXI. p. 726—734. — 1904. **Lagrange.** Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des annexes. II. p. 609 и 629. — 1906. **Maggi.** Contributo allo studio dei tumori primitivi del sacco lacrimale. An. di O. XXXV. p. 789—797. — 1908. **Barlay.** Hämangiom der Tränendrüse. IV Vers. der ungar. opht. G. Рсф. in Z.f.A. XX. p. 269 и I.B.O. 39. p. 153. —1909. **Brose.** Lacrymal gland tumors. Opht. sect. of the amer. med. Assoc. см. Opht. Record. p. 458.

4. Гемангіомы глазныхъ мышцъ [2]). Опухоли произвольныхъ мышцъ глаза, въ томъ числѣ и гемангіомы, впервые описа-

[1]) *Maggi.* Contributo allo studio etc. An. di O. XXXV. p. 789.

[2]) Гемангіомы остальныхъ произвольныхъ мышцъ приведены въ главѣ VIII (см. стр. 206—229).

ны только въ послѣднее время. Такъ, напримѣръ, *Panas* (1894), *Mauclaire и de Bovis* (1896) и *Lagrange* (1904) совершенно не упоминаютъ объ опухоляхъ глазныхъ мышцъ. Попытка же *Pascheff*'а впервые собрать разсѣянные въ литературѣ случаи такихъ опухолей относится къ 1908 году. Этому автору удалось найти описанія десяти злокачественныхъ опухолей глазныхъ мышцъ (изъ нихъ первичными оказались только пять саркомъ), девяти доброкачественныхъ и семи „ложныхъ“ (гумма, окостенѣніе и т. п.). Доброкачественныя опухоли *Pascheff* раздѣлилъ на плотныя и кистовидныя, причисливъ къ послѣднимъ три цистицерка. Среди оставшихся шести плотныхъ опухолей были: по одной фибромiомѣ, липомѣ и ангiофибромѣ (случай *Gonin* 1899) и три гемангiомы (случаи *Bossalino и Hallauer*'а 1895, *Leber*'а 1880 и 1895 и *Calderaro* 1907).

Кромѣ этихъ, приведенныхъ *Pascheff*'омъ, опухолей, случаи гемангiомъ произвольныхъ мышцъ глаза были еще опубликованы, насколько мнѣ извѣстно, *Bull*'емъ 1880, *Rumschewitsch*'емъ 1897, *Anziolotti* 1903 и *Rocher и Lafon* 1907.

Въ нижеслѣдующемъ я привожу свѣдѣнія, сдѣлавшiяся мнѣ извѣстными о каждомъ изъ описанныхъ случаевъ гемангiомъ произвольныхъ мышцъ глаза.

Leber въ 1895 г. въ подстрочномъ примѣчанiи къ статьѣ *Bossalino и Hallauer*'а указалъ, что описанная имъ въ 1880 г. ангiома конъюнктивы, близко расположенная къ сухожилiю внутренней прямой мышцы, клинически была очень похожа на мышечную гемангiому, описанную упомянутыми авторами. Отсутствiе микроскопическаго изслѣдованiя заставляетъ меня считать случай *Leber*'а сомнительнымъ.

Bull, повидимому, первый (въ 1880 г.) описалъ кавернозную опухоль musc. orbicularis orbitae, удаленную при помощи зажима *(?)*. Въ виду недоступности для меня подлинника работы *Bull*'я, для меня остается неизвѣстнымъ, было-ли произведено въ его случаѣ микроскопическое изслѣдованiе опухоли и каковы его результаты.

Bossalino и Hallauer не нашли въ литературѣ описанiй мышечныхъ гемангiомъ глаза и свой случай поэтому считаютъ первымъ.

У семнадцатилѣтняго мужчины съ 12-лѣтняго возраста въ пра-

вомъ глазу была замѣчена опухоль темнаго цвѣта, величиной съ бобъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли, оказалось, что она состояла изъ двухъ частей, заключенныхъ въ общую капсулу. Одна часть состояла преимущественно изъ большихъ полостей, до 1,2 mm. въ діаметрѣ, и, повидимому, исходила изъ субъконъюнктивальной ткани; другая часть, бо́льшая, состояла изъ мелкихъ полостей до 0,08 mm. въ діаметрѣ, расположенныхъ среди многочисленныхъ поперечнополосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Эта часть опухоли находилась въ толщѣ musc. recti interni. Всѣ полости были выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Кромѣ того авторы нашли: во-первыхъ, всевозможные переходы между расширенными сосудами и мелкими полостями и между послѣдними и большими полостями, и, во-вторыхъ, въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ полостей круглые, гомогенные, соединительнотканные тяжи, содержавшіе въ центрѣ тоненькіе сосуды. Авторъ поставилъ діагнозъ: angioma cavernosum musculi recti interni oculi dextri.

Rumschewitsch описалъ кавернозную гемангіому, размѣрами до 1,5 cm. $\times$ 1 cm., занимавшую верхнее вѣко праваго глаза 24-лѣтняго мужчины. Уже при рожденіи на мѣстѣ опухоли было замѣчено синее пятно. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли оказалось, что она располагалась непосредственно подъ эпидермисомъ и состояла изъ двухъ частей—болѣе поверхностной и глубокой. Поверхностная часть опухоли состояла изъ широкихъ, глубокая—изъ мелкихъ полостей, наполненныхъ кровью и выстланныхъ эндотеліемъ. Всѣ полости сообщались другъ съ другомъ. Стѣнки полостей состояли изъ волокнистой соединительной ткани съ большимъ количествомъ эластическихъ волоконъ. Кромѣ того были найдены отдѣльныя гладкія мышечныя волокна, особенно около мѣстъ перехода артерій въ полости. Въ верхней части опухоли стѣнки между полостями были тонки, по направленію книзу стѣнки постепенно утолщались, при чемъ въ составъ ихъ входило все увеличивавшееся количество поперечнополосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Въ самыхъ глубокихъ слояхъ опухоли стѣнки, расположенныя между небольшими по калибру полостями, почти исключительно состояли изъ произвольныхъ мышечныхъ волоконъ. Между полостями также были видны артеріи и вены средняго калибра. *Rumschewitsch* представлялъ себѣ, что кавернозныя полости описанной имъ опухоли были заложены между артеріями и венами взамѣнъ капилляровъ. Такъ какъ опухоль находилась въ толщѣ круговой мышцы, то она могла получить названіе: haemangioma musculi orbicularis orbitae dextrae. Верхнюю часть опухоли *Rumschewitsch* считалъ кавернозной формой гемангіомы, а нижнюю—простыми расширеніями сосудовъ (angioma simplex); въ опухоли, по мнѣнію этого автора, были видны всѣ переходы, начиная отъ простой и кончая кавернозной гемангіомой.

Gonin подробно описалъ опухоль, удаленную *Dufour*'омъ у 22-лѣтняго мужчины изъ области наружнаго угла праваго глаза. Впервые опухоль была замѣчена на 15 году жизни больного въ видѣ маленькаго узелка. Она медленно росла, достигла величины миндалины,

(15 mm. × 10 mm. × 3 mm.), была круглой формы, не особенно подвижна и оказалась въ связи съ сухожиліемъ m. recti externi. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что въ составъ опухоли входили пучки сухожилія и гомогенная соединительная ткань съ большимъ количествомъ сосудовъ, часть которыхъ имѣла видъ кавернозныхъ полостей. Соединительная межуточная ткань и многія стѣнки сосудовъ были гіалиново перерождены. Поперечнополосатыхъ мышечныхъ волоконъ найдено не было. *Gonin* обращаетъ особое вниманіе на гіалиновое перерожденіе соединительной ткани и стѣнокъ сосудовъ, которое, по его мнѣнію, является рѣдкимъ въ доброкачественныхъ опухоляхъ и встрѣчается чаще всего въ ангіосаркомахъ, псаммомахъ и эндотеліомахъ. Отсутствіе мышечной ткани въ опухоли и связь ея съ сухожиліемъ m. recti externi приводятъ автора къ заключенію, что опухоль развилась исключительно изъ сухожилія. Діагнозъ: angiofibroma musc. ext. oculi dextri.

Изъ подробнаго описанія *Gonin* однако нельзя вывести съ достовѣрностью заключенія, что изученная имъ опухоль дѣйствительно была сосудистой; скорѣе всего это была богатая сосудами фиброма. Неправильнымъ слѣдуетъ также считать клиническое обозначеніе опухоли „мышечной ангіофибромой“ *(Gonin, Pascheff)*, такъ какъ при изслѣдованіи была отмѣчена полная непричастность мышечной ткани. На первый планъ нужно поставить локализацію опухоли въ сухожиліи мышцы, что несомнѣнно представляетъ значительный интересъ и болѣе соотвѣтствуетъ анатомической картинѣ. На основаніи изложеннаго приходится опухоль, описанную *Gonin*, исключить изъ числа гемангіомъ мышцъ глаза.

Anziolotti удалилъ у 29-лѣтняго мужчины гемангіому изъ musc. orbicularis palpebrarum. Опухоль была впервые замѣчена за три года до операціи. Она была ясно отграничена и была причиной болѣзненныхъ ощущеній паціента. Изслѣдованіе обнаружило артеріальную ангіому. Другихъ подробностей строенія опухоли въ доступной для меня работѣ *Staige Davis*'а (1908) не было.

Calderaro описалъ опухоль, удаленную у мужчины 30 лѣтъ изъ области внутренняго угла лѣваго глаза. Она была величиной съ большую горошину, синеватаго цвѣта и раздѣлена на двѣ части. При удаленіи и микроскопическомъ изслѣдованіи, оказалось, что опухоль исходила изъ толщи m. recti interni и инфильтрировала сухожиліе этой мышцы. Діагнозъ: angioma cavernosum extremitatis anterioris musc. recti interni oculi sinistri.

Въ доступныхъ для меня рефератахъ я не нашелъ подробнаго описанія микроскопическаго строенія опухоли.

Также лишь на основаніи рефератовъ можетъ быть приведенъ случай, описанный *Rocher и Lafon*.

Эти авторы удалили изъ внутренняго отдѣла musc. orbicularis въ области брови опухоль, образовавшуюся на мѣстѣ бывшей травмы и кровоподтека и выросшей до величины грецкаго орѣха. Микроскопическое изслѣдованіе выяснило діагнозъ: angioma cavernosum musc. orbicularis oculi.

Изъ приведеннаго краткаго перечня извѣстныхъ въ литературѣ гемангіомъ глазныхъ мышцъ выясняется, что случай *Gonin* долженъ быть совершенно исключенъ, а случаи *Leber*'а и *Bull*'я являются сомнительными. Въ остальныхъ случаяхъ діагнозъ подтверждается произведеннымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Локализировалась опухоль лишь въ двухъ мышцахъ: 3 раза въ круговой (*Rumschewitsch*, *Anziolotti* и *Rocher и Lafon*) и 2 раза во внутренней прямой, въ переднемъ ея концѣ ближе къ сухожилію (*Bossalino и Hallauer* и *Calderaro*). Интересно, что и въ признанныхъ мною сомнительными случаяхъ локализація была такая-же: въ случаѣ *Bull*'я—круговая мышца и въ случаѣ *Leber*'а—внутренняя прямая.

Въ четырехъ случаяхъ опухоли были удалены у мужчинъ въ молодомъ возрастѣ (17, 24, 29 и 30 лѣтъ), при чемъ два раза справа и одинъ разъ слѣва. Въ двухъ случаяхъ подобныхъ указаній въ рефератахъ не было, а оригиналы оказались для меня недоступными.

Въ виду лишь скуднаго числа (5) достовѣрныхъ случаевъ мышечныхъ гемангіомъ глаза, представляется затруднительнымъ сдѣлать какіе-нибудь общіе выводы относительно ихъ строенія и генеза.

Литература. 1880. **Bull**. Ueber Gefässgeschwülste des Auges. T. Am. O.S. Newport. 22—23. VII. см. I.B.O. 11. p. 406. — 1880. **Leber**. Varix subconjunctivalis. A.f.O. XXVI/3. p. 195. — 1894. **Panas**. см. стр. 450. — 1895. **Bossalino und Hallauer**. Ein Fall von subconjunctivalem Angiom. A.f.O. XLI/3. p. 186. — 1895. **Leber**. Ibidem. p. 197. — 1896. **M. B**. см. стр. 49. — 1897. **Rumschewitsch**. Ein Fall von kavernösem Angiom des oberen Lides. Kl. M. XXXV. 9. p. 294—301. — 1899. **Gonin**. Ueber ein subkonjunktivales Angiofibrom des äusseren Augenmuskels mit hyaliner Degeneration. A.f.A. XXXIX. p. 89—94. — 1903. **Anziolotti**. La clinica moderna. p. 508. см. Staige Davis. — 1904. **Lagrange**. см. стр. 483. — 1907. **Calderaro**. Angioma dell' estremita anteriore del retto interno. Contributo chirurgico

Clinica oculistica. Settembre. см. В.О. 1909. p. 318. — 1907. **Rocher et Lafon**. Angiome caverneux développé dans la partie interne du muscle orbiculaire. J. Bord. p. 42. см. J.B.O. p. 557. — 1908. **Pascheff**. Les tumeurs des muscles extrinsèques de l'oeil. An. oc. CXL. p. 249—264. — 1908. **Staige Davis**. см. стр. 228. —

5. Гемангіомы зрительнаго нерва. Несмотря на рѣдкость первичныхъ опухолей зрительнаго нерва (*Graefe* на 10000 глазныхъ больныхъ встрѣтилъ ихъ три раза, *Адамюкъ* на 25000 больныхъ—одинъ разъ), имѣется цѣлый рядъ работъ, спеціально имъ посвященныхъ. Въ нѣкоторыхъ изъ подобныхъ работъ собраны всѣ описанные въ литературѣ случаи этихъ опухолей. Такъ, напримѣръ, *Jocqs* (1887) собралъ 62 случая первичныхъ опухолей зрительнаго нерва, *Braunschweig* (1893)—94 случая, *Finlay* (1895)—117 случаевъ, *Byers* (1901)—100 случаевъ. Наконецъ, *Чистяковъ* (1905) продолжилъ списокъ *Braunschweig*'а новыми 50 случаями. Среди всѣхъ этихъ опухолей не было ни одной гемангіомы.

Лишь *Lagrange* (1904) впервые отмѣтилъ въ своей таблицѣ (p. 17) одну гемангіому среди 162 первичныхъ опухолей зрительнаго нерва. Проф. *С. С. Головинъ* (1905) и *Кочетовъ* (1909) цитируютъ, наряду съ другими, и упомянутую таблицу *Lagrange*, но не приводятъ собственныхъ случаевъ гемангіомъ зрительнаго нерва.

Въ виду указанія *Lagrange*, представило интересъ выяснить, кѣмъ была описана столь рѣдкая опухоль. При просмотрѣ литературнаго указателя, я нашелъ на 76-ой страницѣ второго тома его работы подъ № 171 слѣдующее: „T s h e m o l o s s o w (*Société d'ophtalmologie de Saint-Pétersbourg, oct.* 1901).—Angiome de la gaine externe du nerf optique. Atrophie du nerf; éviscération de l'orbite". Очевидно, это и была та опухоль, которая приведена въ таблицѣ *Lagrange*. Однако, при ознакомленіи съ отчетами засѣданій С.-Петербургскаго офталмологическаго общества оказалось, что *Чемолосовъ* въ октябрѣ 1901 г. такого доклада не читалъ [1]), а продемонстрировалъ въ засѣданіи 29 ноября 1901 г. у женщины 50 лѣтъ ретробульбарную кавернозную гемангіому пра-

[1]) Указаніе на октябрь въ работѣ *Lagrange*, вѣроятно, описка.

вой орбиты, окруженную капсулой. Зрительный нервъ проходилъ по серединѣ внутренней поверхности опухоли и не стоялъ съ нею въ тѣсной связи; опухоль по отношенію къ нерву была вполнѣ подвижна.

Другіе авторы также приводятъ эту опухоль *Чемолосова* какъ гемангіому орбиты.

На основаніи изложеннаго слѣдуетъ признать, во-первыхъ, что *Lagrange*, повидимому, былъ введенъ въ заблужденіе, и, во-вторыхъ, что гемангіомы зрительнаго нерва или его оболочекъ до послѣдняго времени не были описаны.

Литература. 1887. **Jocqs**. Des tumeurs du nerf optique. Thèse. Paris. см. Lagrange, Braunschweig и др. — 1893. **Braunschweig**. Die primären Geschwülste des Sehnerven. A.f.O. XXXIX/4. p. 1 93. — 1895. **Finlay**. Alveolar fibrosarcoma of the optic nerve. A. of O. XXIV. p. 224. см. Головинъ, Lagrange и др. — 1901. **Byers**. The primary intradural tumours of the optic nerve. Stud. from the royal Victoria hosp. Montreal. I. см. Головинъ, Lagrange и др. — 1901. **Чемолосовъ**. Angioma cavernosum retrobulbare. Отчетъ засѣд. 29. XI. С.-Петербургскаго офталмол. общ. B.O. 1902. II. p. 190; B. 1901. XXII. p. 1530; B.Г. 1902. IX. № 19; L.O.E. X/2. p. 1015; V.I.B. 37/II. p. 516; Кочетовъ. № 49 и др. — 1904. **Lagrange**. см. стр. 483; II. p. 17 и 76. — 1905. **Чистяковъ**. Первичная опухоль зрительнаго нерва. B.O. XXII. p. 163. — 1905. **Головинъ**. Опухоли зрительнаго нерва и ихъ оперативное лѣченіе. II. Патологическая анатомія и патогенезъ опухолей зрительнаго нерва. B.O. № 5. p. 513. — 1909. **Кочетовъ**. Матеріалы къ клинической діагностикѣ и хирургическому лѣченію опухолей глазницы. Диссертація. С.П. — **Graefe**. см. Braunschweig. — **Адамюкъ**. см. Чистяковъ. —

---

6. Гемангіомы остальныхъ мягкихъ тканей орбиты. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, вообще опухоли глазницы встрѣчаются рѣдко. По статистикѣ *Billroth*'а (1879) на 2058 опухолей лишь 18, т. е. 0,8%, находились въ орбитѣ. *Hartvidge* считалъ, что на 10000 больныхъ глазами въ среднемъ встрѣчается одинъ съ опухолью глазницы. Приблизительно такое же соотношеніе нашелъ и *Исуповъ* (1909): на 37000 больныхъ было три съ опухолями глазницы.

Опухоли глазницы бываютъ различныхъ видовъ. Къ наиболѣе изученнымъ принадлежатъ сосудистыя, именно гемангіомы, хотя *Soelberg Wells* (1870), *Fuchs* (1897) и *Winterstei-*

ner (1907) причисляютъ послѣднія къ наиболѣе рѣдко встрѣчающимся, а *Hulke* (1859) и *Nunneley* (1859) совершенно отрицали ихъ существованіе. Однако, *Berlin* уже въ 1880 году обратилъ вниманіе изслѣдователей на то, что гемангіомы орбиты встрѣчаются чаще, чѣмъ обычно это предполагалось. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ приводитъ списокъ 54 наблюденій этихъ опухолей. Въ дальнѣйшемъ количество опубликованныхъ случаевъ значительно возрасло и появился рядъ работъ, въ которыхъ авторы старались систематизировать весь накопившійся матеріалъ. Такія работы представили, напримѣръ, *Panas* 1894, *Neese* 1897, *Fermond* 1899, *Верзинъ* 1903, *Масленниковъ* 1904, *Кочетовъ* 1909 и др. *Wecker* (1889) къ случаямъ *Berlin*'а прибавилъ новыхъ 11 случаевъ, *Panas* (1894) прибавилъ 21, а *Кочетовъ*—63 новыхъ случаевъ. *Fermond* собралъ всего 77 случаевъ гемангіомъ орбиты, *Lagrange*—83, *Lodato* (1907)—около сотни, а *Кочетовъ*—118.

Нужно, однако, сказать, что старыя наблюденія (*Travers*'а 1809, *Abernethy* 1810, *Dalrymple* 1812, *Schön-Morgagni* 1828, *Warren* 1829, *Schmidt*'а 1831 и др.) и цѣлый рядъ другихъ наблюденій, частью приведенныхъ у *Berlin*'а, представляются сомнительными и потому является невозможнымъ, да и безполезнымъ установить, кто первый точно діагносцировалъ кавернозную гемангіому глазницы. Во всякомъ случаѣ неправы *Lagrange* и *Parsons* (1905), которые указываютъ на случай *Walton*'а (1853), какъ на первый достовѣрный. Дѣло въ томъ, что уже другіе, консультировавшіе съ *Walton*'омъ, врачи не соглашались съ его діагнозомъ, который не былъ подтвержденъ также ни операціей, ни вскрытіемъ. Болѣе правдоподобенъ взглядъ *Berlin*'а, считавшаго, что первый, кто научно изслѣдовалъ, правильно діагносцировалъ и классически ясно описалъ кавернозную гемангіому орбиты, былъ *Graefe* (1860). Діагнозъ послѣдняго автора былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ удаленной опухоли.

Для удобства приведенные въ литературѣ случаи гемангіомъ глазницы раздѣлены мною на двѣ группы.

Къ первой группѣ отнесены тѣ случаи, въ которыхъ микроскопическое изслѣдованіе опухоли или совсѣмъ не было произведено, или въ доступныхъ мнѣ источникахъ не

упомянуто; ко второй — всѣ извѣстные мнѣ случаи гемангіомъ глазницы, гистологическій характеръ которыхъ установленъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Такъ какъ первая группа не представляетъ большого патолого-анатомическаго интереса, то я ограничусь только приведеніемъ фамилій авторовъ, описавшихъ такіе случаи.

Авторы, описавшіе такія опухоли, слѣдующіе: *Travers* 1809, *Abernethy* 1810, *Dalrymple* 1812, *Schön-Morgagni* 1828, *Warren* 1829, *Schmidt* 1831, *Rognetta* 1832 (два случая), *Carron du Villards* 1840 (три случая), *Velpeau* 1840 (три случая), *Ledran* 1844, *Andral* 1846, *Dieffenbach-Lebert* 1848, *Brainard* 1853, *Walton-Haynes* 1853, *Critchett* 1855, *Parise de Lille-Broca* 1856, *Mackenzie* 1856, *Wood* 1857, *Foucher* 1858, *Hulke-Critchett* 1859, *Soler* 1860, *Schuh* 1861 (три случая), *Mazel* 1861, *Hodges* 1864, *Kempf* 1864, *Hansen* 1865, *Nunneley* 1865, *Ricci* 1865, *Graefe* 1866, *Köchlin* 1866, *Morton* 1870, *Jeaffreson* 1871, *Lawson* 1871, *Santen* 1872, *Gruening* 1873, *Kemperdinek* 1873, *Speneer-Watson* 1873, *Oettingen* 1874, *Браунъ* 1875, *Carter* 1875, *Harlan* 1875 (два случая), *Knapp* 1877, *Frothingham* 1877, *Peyrot* 1878, *Vieusse* 1878, *Martin* 1879, *Billroth* 1879. *Bull* 1880 (три случая), *Fano* 1880, *Gurlt* 1880 (пять случаевъ), *Stellwag v. Carion* 1882 (два случая), *Gallenga* 1882, *Capdeville* 1882, *Panas* 1883, *Фіалковскій* 1884, *Brucker* 1884, *Magnus* 1884, *Snell* 1886 (четыре случая, неправильно, по моему мнѣнію, приведенные у *Lagrange* и *Кочетова*), *Долженковъ* 1886, *Wedl и Boek* 1886, *Duncan* 1888 (два случая), *Israel* 1891, *Boek* 1892, *Подрезъ* 1893, *Valude* 1895, *Vineentiis* 1895, *Schreiber* 1896, *Defrège-Depage* 1897, *Eales* 1897, *Beaumont* 1897, *Uscher* 1898, *Соколовъ* 1898, *Leber* 1898, *Coppez* 1899, *Sehmeiehler* 1899, *Valude* 1900, *Fromaget и Débédat* 1900, *Keschmann* 1900, *Bull* 1900, *Friedenwald* 1902, *Spieer* 1903, *Chevallereau и Chaillous* 1903, *Маеленниковъ* 1903, *Dollinger* 1904, *Axenfeld* 1904, *Whitehead* 1904, *Блессигъ* 1904, *Шимановскій* 1904, *Helbron* 1904, *Lagoutte* 1904, *Schmidt-Rimpler* 1906, *Bentzen* 1907, *Sándor* 1907, *Klinedinst* 1910, *Posey* 1911, *Pagenstecher* 1912.

Микроскопическое изслѣдованіе гемангіомъ глазницы произвели, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Graefe* 1860, *Weeker-Cornil* 1867, *Manz-Maier* 1868, *Jodko-Narkiewitz* 1870, *Holmes* 1871, *Horner-Eberth* 1871, *Rémy* 1874,

Ruvioli 1875, *Mauthner* 1878, *Gosetti* 1878, *Samelsohn* 1879, *Camuset-Desfosses* 1882, *Terrier-Peyroth-Poncet-Desfosses* 1882 и *Panas* 1883, *Eloui* 1882, *Wecker* 1883, *Gussenbauer* 1883, *Campart-Dupuytren* 1884, *Van Duyse* 1884, *Brinken-Neelsen* 1884, *Brunschwig-Vassaux* 1889, *Ahrens* 1889, *Jones* 1889, *Panas* 1891, *Walter* 1893, *Feuer* 1893 и 1895, *Kalt* 1894, *Ложечниковъ* 1895, *Tailor* 1895, *Polignani* 1896, *H. Knapp* 1896, *Neese* 1897, *Кумбергъ* 1898, *Coppez* 1898, *Weiss* 1899, *Zimmermann* 1899, *Coppez и Depage* 1899, *Mayweg* 1899, *Fermond* 1899, *Mandach* 1899, *A. Knapp* 1900, *Whitehead* 1901, *Parinaud и Roche* 1901, *Frogé и Baulai-Perin de la Touche-Bodin* 1901, *Polignani* 1901, *Lagrange* 1901, *Чемолосовъ* 1901, *Puccioni* 1901/02, *Сегаль* 1903, *Cabannes* 1903, *Ernautène* 1903, *Верзинъ-Пановъ* 1903, *Lagoutte-Gayet* 1904, *Масленниковъ* 1904, *Török* 1905, *Holmes Spicer* 1906, *Чистяковъ* 1907, *Lodato* 1907 и 1908, *Bossalino* 1908, *Apthomas-Délépine-Saller* 1908, *Lapersonne* 1908, *Rollet-Aurand* 1908 и 1909 (три случая), *Кочетовъ* 1909, *Исуповъ-Дубровинъ* 1909, *Adam* 1909, *Steinhard* 1909, *Passera* 1910, *Guglianetti* 1910 и *С. С. Головинъ* 1911 [1]).

Краткія свѣдѣнія о случаяхъ, описанныхъ выше приведенными авторами второй группы, собраны мною въ таблицѣ *№ 11*, помѣщенной въ приложеніи.

Въ таблицѣ XXX-ой (см. стр. 493) приведены свѣдѣнія о полѣ и возрастѣ больныхъ, упомянутыхъ въ таблицѣ *№ 11*.

Изъ данныхъ таблицы XXX-ой видно, что мужчины и женщины поражаются гемангіомами орбиты, повидимому, одинаково часто. Что касается значенія возраста, то нужно отмѣтить, что въ таблицѣ *№ 11* для большинства случаевъ указанъ возрастъ больныхъ во время производства имъ операціи удаленія гемангіомы. Между тѣмъ въ рядѣ случаевъ [*Rémy* (сл. 7), *Duyse* (сл. 18), *Lagrange* (сл. 37), *Cabannes* (сл. 47) и др. [2])] опухоли, повидимому, существовали отъ рожденія. На это указываетъ наличность въ этихъ случаяхъ экзофтальма

---

[1]) Въ настоящей работѣ будетъ помѣщено подробное описаніе опухоли, удаленной глубокоуважаемымъ проф. *С. С. Головинымъ* и любезно мнѣ предоставленной для микроскопическаго изслѣдованія.

[2]) Цыфры соотвѣтствуютъ номерамъ по порядку случаевъ, приведенныхъ въ таблицѣ *№ 11* (см. приложеніе).

уже со дня рожденія. Въ другихъ случаяхъ экзофтальмъ обнаружился задолго до операціи, напримѣръ, за 15 лѣтъ (случаи *Manz*'а), за 14 лѣтъ (случаи *Wecker*'а и *Mauthner*'а), за

Таблица XXX.

Полъ	ВОЗРАСТЪ: Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	„ 70 „ 79 „	Неизвѣстно	Всего
мужч.	3	2	4	5	3	7	2	1	—	27
женщ.	6	6	6	6	6	3	—	—	—	33
неизвѣст.	1	—	—	—	—	—	—	—	4	5
Итого .	10	8	10	11	9	10	2	1	4	65

13 лѣтъ (случай *Сегаля*), за 10 лѣтъ (случаи *Graefe* и *Whitehead*), за 9 лѣтъ (случаи *Camuset*, *Parinaud и Roche* и *Jones*), за 7–8 лѣтъ (случай *Brunschwig*'а), за 6—7 лѣтъ (случаи *Knapp*'а, *Polignani*, *Gosetti*) и т. д. Столь раннее появленіе одного изъ важныхъ клиническихъ признаковъ опухоли глазницы указываетъ, во-первыхъ, на, очевидно, долгое существованіе такой опухоли и, во-вторыхъ, на крайне медленный ростъ большинства гемангіомъ глазницы. Исключеніемъ является лишь случай *Brinken-Neelsen*'а, въ которомъ экзофтальмъ у дѣвочки $2^1/_2$ лѣтъ развился лишь за 8 дней до операціи.

Сторона пораженія была указана въ 47 случаяхъ: чаще опухоли были найдены въ правой орбитѣ (30 разъ), рѣже— въ лѣвой (17 разъ).

Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ наблюдалась одна гемангіома, иногда раздѣленная на двѣ и даже три дольки, и только въ четырехъ случаяхъ (6, 27, 46 и 47) были найдены двѣ самостоятельныя опухоли.

По локализаціи въ орбитѣ можно всѣ гемангіомы, приведенныя мною въ таблицѣ *№ 11*, разбить на двѣ группы:

на расположенныя въ ретробульбарномъ пространствѣ внутри мышечной воронки и на расположенныя въ орбитѣ внѣ мышечной воронки. Къ первой группѣ относятся 27, а ко второй—25 гемангіомъ. Въ случаяхъ *Manz*'а (сл. 3) и *Frogé и Baulai* (сл. 42) опухоль находилась и внутри и внѣ мышечной воронки. Въ случаяхъ *Ложечникова* (сл. 27) и *Сегаля* (сл. 46) были найдены по двѣ опухоли, изъ которыхъ одна была внутри, а другая внѣ мышечной воронки. Наконецъ, въ случаяхъ 51, 55, 56 и 59 нѣтъ сколько-нибудь точныхъ, а въ случаяхъ 8, 36, 45, 49 и 64 нѣтъ никакихъ указаній относительно локализаціи гемангіомъ по отношенію къ мышечной воронкѣ глазницы.

Распредѣленіе гемангіомъ глазницы, перечисленныхъ въ таблицѣ № *11*, по отношенію къ глазному яблоку приведено мною въ нижеслѣдующей таблицѣ XXXI-ой.

Таблица XXXI.

Положеніе гемангіомъ				Число гемангіомъ.
Кнутри и кверху отъ глазного яблока				5
Кнутри и книзу	„	„	„	4
Кнутри	„	„	„	5
Кнаружи и кверху	„	„	„	6
Кнаружи и книзу	„	„	„	4
Кнаружи	„	„	„	6
Кверху	„	„	„	1
Книзу	„	„	„	2
Точно не указано	.	.	.	32
Итого				65

Приведенныя въ таблицѣ XXXI-ой цыфровыя данныя не подтверждаютъ мнѣнія авторовъ (*Mauclaire и de Bovis* 1896, *Fermond* и *Panas*), по которому гемангіомы орбиты чаще всего локализируются въ верхне-внутреннемъ ея отдѣлѣ.

Величина гемангіомъ глазницы самая разнообразная: отъ величины горошины (сл. 26 и 29) до величины куринаго

яйца и даже яблока (сл. 11 и 46). Наичаще встрѣчается сравненіе величины опухоли съ величиной грецкаго орѣха, затѣмъ сливы, голубинаго яйца, миндалины и т. п. Во многихъ случаяхъ было произведено измѣреніе опухоли, напримѣръ: 6 cm.×4 cm.×2 cm., 8 cm.×5,7 cm., 5,5 cm.×4 cm., 6 cm.×3 cm., 4,8 cm.×3,5 cm.×2,4 cm. и такъ далѣе до 0,3 cm.×0,3 cm.

Форма опухоли обычно была округлая, встрѣчаются также опредѣленія: яйцевидная, овальная, грушевидная, а въ одномъ случаѣ—цилиндрическая. Стѣнки опухоли обычно гладкія, иногда неровныя, вслѣдствіе дольчатости и бугристости опухолей. Два раза опухоли были на ножкахъ (случаи 12 и 14). Цвѣтъ гемангіомъ глазницы обычно синій и темносиній; встрѣчались также синевато-бурыя, синевато-красныя и красныя опухоли. Консистенція ихъ также не всегда была одинакова: наряду съ эластическими были найдены какъ мягкія, такъ и плотныя опухоли, а также мягкія опухоли съ плотными узлами. Наличность капсулы отмѣчена въ 35 случаяхъ, отсутствіе таковой установлена лишь въ случаѣ *Tailor*'а (сл. 28). Въ остальныхъ случаяхъ о капсулѣ ничего не говорится. Одни авторы находили плотную, фиброзную капсулу, толщиною до 1 mm. (сл. 30), другіе авторы, наоборотъ, встрѣчали нѣжную, тонкую, почти прозрачную капсулу, напримѣръ, въ случаяхъ 32 и 50.

На разрѣзѣ гемангіомы обычно представляли ячеистое, губчатое строеніе.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи, которое было произведено во всѣхъ, приведенныхъ въ таблицѣ *№ 11*, случаяхъ, большинство опухолей оказалось принадлежащимъ къ кавернозному типу гемангіомъ.

Исключеніе представляютъ случаи слѣдующихъ авторовъ: *Gosetti* (сл. 10), *Duyse* (сл. 18), *Сегаль* (сл. 46), *Tailor* (сл. 28), *Ernautène* (сл. 47) и *Lagoutte* (сл. 49.).

Gosetti, *Duyse* и *Сегаль* нашли простыя гемангіомы (haemangioma simplex), состоявшія изъ сѣти переплетавшихся между собой мелкихъ сосудовъ (въ случаѣ *Gosetti*) и изъ конгломерата мелкихъ артерій и капилляровъ (случай *Сегаля*). Въ опухоли *Duyse*, очень сходной, по мнѣнію этого автора, съ подкожной гемангіомой, были видны переходы въ кавернозную форму.

Tailor описалъ своеобразную опухоль, состоявшую изъ системы „кавернозныхъ“ капилляровъ и большихъ кистовидныхъ полостей венознаго характера, и назвалъ эту опухоль: „angioma venoso cistico“.

Ernaudène приводитъ описаніе опухоли, оперированной *Cabannes*, по строенію, повидимому, похожей на опухоль *Tailor*'а.

Наконецъ, *Lagoutte* описываетъ опухоль, микроскопическое строеніе которой *Gayet* опредѣлилъ діагнозомъ: „angioma diffusum“. Подробное описаніе этой опухоли для меня не было доступно.

Строеніе *кавернозныхъ* гемангіомъ орбиты многими авторами подробно не приводится и обозначается, какъ: „типическое“. Опухоли въ этихъ случаяхъ состоятъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины, наполненныхъ кровью. Стѣнки полостей состоятъ изъ соединительной ткани и со стороны полостей выстланы эндотеліемъ. Величина полостей колеблется въ широкихъ границахъ. Одни авторы наблюдали очень маленькія полости (сл. 41) и переходныя картины между капиллярными сосудами и кавернозными полостями (случаи 14, 42, а также приведенный выше сл. *Duyse*). Другіе авторы указываютъ на значительный діаметръ полостей въ изслѣдованныхъ ими опухоляхъ (случаи 7, 13, 20, 26 и 38). Толщина трабекулъ также была различна. Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ трабекулы были очень тонки (напримѣръ, сл. 5), въ другихъ между полостями имѣлись широкіе участки фиброзной ткани, такъ что нѣкоторыя опухоли получали смѣшанный характеръ и даже были названы фиброангіомами или фиброзными ангіомами (случаи 13, 27, 31, 41, 55 и 57). Многіе авторы, напримѣръ *Badal*, указываютъ на то, что разрастаніе соединительной ткани представляется однимъ изъ послѣдовательныхъ стадій развитія сосудистыхъ новообразованій. Трабекулы обычно были выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ; въ случаѣ *Jodko-Narkiewitz*'а (сл. 4) былъ найденъ „многослойный плоскій эпителій“, въ случаѣ *Brinken-Neelsen*'а (сл. 19) эндотелій былъ найденъ не во всѣхъ полостяхъ, а въ случаяхъ *Wecker*'а (сл. 2) и *Feuer*'а (сл. 25) эндотелій совсѣмъ не былъ обнаруженъ. Кромѣ соединительной ткани въ составъ трабекулъ входили: кровеносные

сосуды (случаи 43, 45, 47, 50 и др.), жировыя клѣтки (случаи 14, 25, 38), эластическія волокна (случаи 24, 25, 54, 58, 60, 65), гладкія мышечныя волокна (случаи 14, 20, 21, 35, 42, 55, 65 и др.), Mastzellen (случаи 54, 58, 59, 60, 65), пигментъ (случаи 6, 13, 17, 20, 24, 29, 50, 52, 55, 65), лимфоидные фолликулы (случаи 24, 38, 57), круглоклѣточный инфильтратъ (случаи 20, 47, 52, 55) и грануляціонная ткань (случай 6). Наличность воспалительныхъ явленій отмѣчена въ случаяхъ 19, 58 и 60, наличность гіалиноваго перерожденія—въ случаяхъ 51 и 56, железистыхъ участковъ—въ случаѣ 17, поперечнополосатыхъ мышцъ—въ случаѣ 32, абсцесса съ тифозными палочками — въ случаѣ 23, гнѣздъ эмбріональныхъ клѣтокъ—въ случаѣ 56, веретенообразныхъ клѣтокъ—въ случаѣ 29 и, наконецъ, наличность прорастанія саркомы въ кавернозную гемангіому отмѣчена въ 63-емъ случаѣ.

Содержимое полостей состоитъ изъ элементовъ крови и преимущественно изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Тромбы были найдены въ случаяхъ 19 и 50, флеболиты—въ случаяхъ 11 и 18 и, наконецъ, гіалиновые шары—въ просвѣтѣ полостей въ 30-омъ случаѣ. Тромбы, флеболиты и гіалиновые шары представляютъ собой вторичныя измѣненія въ гемангіомахъ, наступающія подъ вліяніемъ замедленія и даже остановки тока крови. Къ такимъ же вторичнымъ измѣненіямъ принадлежатъ и воспалительныя явленія въ перегородкахъ между полостями, вышеупомянутый тифозный абсцессъ (сл. *Panas*'а), а также появленіе кровяного пигмента (травмы). Наличность въ опухоли (сл. 32) поперечнополосатой мышечной ткани *Кумбергъ* считалъ явленіемъ первичнымъ и потому причислилъ описанную имъ опухоль къ сложнымъ, назвавъ ее rhabdomyoangioma cavernosum. Относительно происхожденія железистыхъ участковъ, найденныхъ въ гемангіомѣ передняго отдѣла орбиты *Campart* и *Dupuytren*'омъ, въ доступныхъ для меня рефератахъ работъ этихъ авторовъ ничего не сказано.

Остается еще разсмотрѣть вопросъ о разновидностяхъ, ростѣ и дальнѣйшемъ развитіи и, наконецъ, объ этіологіи гемангіомъ глазницы.

Fermond и *Lagrange* описываютъ слѣдующія ихъ разновидности: angioma lipomatodes, angioma fibrosum, angioma

cysticum, ангіома съ флеболитами, ангіома съ воспалительными явленіями и, наконецъ, ангіома съ злокачественнымъ перерожденіемъ.

Какъ примѣръ послѣдней разновидности упомянутыми авторами приводятся случаи, описанные *Dupuytren*'омъ и *Соколовымъ* (1898). Однако, въ этихъ случаяхъ діагнозъ (раковое перерожденіе кавернозныхъ гемангіомъ) не основывался на микроскопическомъ изслѣдованіи, которое не было произведено, а потому случаи *Dupuytren*'а и *Соколова* должны быть признаны сомнительными.

Изъ приведенныхъ мною въ таблицѣ *№ 11* случаевъ, только въ одномъ (случай *Adam*'а, 63) была найдена, повидимому, комбинація саркомы и кавернозной гемангіомы орбиты, при чемъ самъ авторъ предположилъ, что въ его случаѣ имѣло мѣсто прорастаніе гемангіомы саркомой.

Ростъ гемангіомъ глазницы обычно, повидимому, очень медленный (10—13—15—18 лѣтъ) и часто, вѣроятно, долгое время совсѣмъ незамѣтный. Неограниченный ростъ такой гемангіомы описали въ видѣ исключенія, *Frogé и Baulai* (сл. 42). Рецидивы гемангіомъ глазницы, насколько мнѣ извѣстно, до послѣдняго времени не описаны. Во многихъ случаяхъ эти опухоли окружены плотной капсулой, въ другихъ послѣдняя, повидимому, отсутствуетъ (см. стр. 495). *Zehender* (1897) и высказалъ предположеніе, что въ раннихъ стадіяхъ развитія гемангіомъ капсулы совсѣмъ нѣтъ и что она является продуктомъ воспаленія окружающей соединительной ткани. Но иногда, даже въ долго существовавшихъ опухоляхъ, капсула представляется очень тонкой и переходитъ въ перегородки между полостями; въ такихъ случаяхъ капсула, вѣроятно, также какъ и сама гемангіома (см. стр. 499), является врожденнымъ образованіемъ.

Изъ дальнѣйшихъ стадій развитія гемангіомъ глазницы слѣдуетъ указать, во-первыхъ, на кистовидное ихъ перерожденіе, являющееся слѣдствіемъ разрывовъ перегородокъ и сліянія полостей, и, во-вторыхъ, на ихъ запустѣніе. Послѣднее наступаетъ или подъ вліяніемъ замедленій и застоевъ крови, обусловливающихъ образованіе тромбовъ съ послѣдующей ихъ организаціей, или же подъ вліяніемъ фибрознаго перерожденія гемангіомъ. Развитіе фиброзной

ткани въ кавернозныхъ гемангіомахъ описали многіе авторы, въ томъ числѣ *Neese*, *Ernautène* (1903), *Badal* (1903), *Kucker* (1908), *Gugliancetti* и др.

Что касается *этіологіи* гемангіомъ глазницы, то нѣкоторые авторы (*Wecker*, *Camuset*, *Frogé и Baulai*, *Масленниковъ* и др.) склонны считать травму причиннымъ моментомъ ихъ появленія. Въ пользу этого взгляда говорили наблюденія, по которымъ во многихъ случаяхъ (сл. 4, 8, 12, 13, 16, 17, 33, 42, 61) травма въ области глаза предшествовала появленію экзофтальма и нахожденію гемангіомы. Однако, большинство авторовъ (*Panas*, *Исуповъ*, *Масленниковъ*, *Fermond*, *Lagrange* и др.) въ настоящее время пришло къ заключенію, что травмы имѣютъ значеніе лишь для ускоренія и усиленія роста уже раньше существовавшихъ гемангіомъ. Новѣйшаго времени изслѣдователи (*Apthomas*, *Lapersonne*, *Mauclaire и de Bovis*, *Fermond*, *Lagrange*, *Parsons* и мн. др.) почти всѣ высказываются въ пользу происхожденія гемангіомъ глазницы вслѣдствіе эмбріональныхъ неправильностей развитія послѣдней. Находимыя случайно въ нѣкоторыхъ гемангіомахъ глазницы гистологическіе элементы, какъ-то: эластическія волокна, жировыя клѣтки, гладкая мышечная ткань, лимфоидные фолликулы и участки зародышевыхъ клѣтокъ („nests of embryonic cells“)[1] несомнѣнно происхожденія эмбріональнаго и указываютъ на зародышевое происхожденіе „типическихъ“ кавернозныхъ гемангіомъ глазницы. Несомнѣнно врожденными были опухоли у тѣхъ лицъ, у которыхъ отъ рожденія отмѣчался также экзофтальмъ (см. стр. 492). Наконецъ, за врожденное происхожденіе гемангіомъ глазницы говоритъ также одновременное съ ними существованіе гемангіомъ кожи, отмѣченное въ четырехъ случаяхъ (14, 34, 47 и 51).

На основаніи вышеуказанныхъ литературныхъ данныхъ видно, что общее число описанныхъ до настоящаго времени гемангіомъ глазницы превышаетъ 150. Изъ нихъ микроскопическому изслѣдованію подверглась лишь меньшая часть, немного болѣе 60 опухолей.

[1]) *Apthomas*. Tumour of the orbit removed without enucleation and without loss of sight. Br. m. J. 1908. May 16. p. 1163.

Вопреки мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, простыя гемангіомы въ глазницѣ являются очень большой рѣдкостью: среди собранныхъ мною въ таблицѣ № *11* (помѣщенной въ приложеніи) 65 случаевъ онѣ встрѣтились всего три раза.

Наиболѣе часто встрѣчающимися являются кавернозныя гемангіомы. Взглядъ *Panas*'а, по которому 80% послѣднихъ находятся внутри мышечной воронки, повидимому, не вѣренъ: какъ видно изъ данныхъ таблицы № *11* (см. стр. 494), число гемангіомъ, находившихся внѣ мышечной воронки, почти равно числу гемангіомъ, бывшихъ внутри ея. Также несостоятельнымъ оказалось указаніе, по которому, въ подтвержденіе фиссуральной теоріи *Virchow*'а, гемангіомы чаще всего будто-бы помѣщаются кнутри и кверху отъ глазного яблока. На основаніи данныхъ таблицы XXXI (см. стр. 494) оказывается, что никакого locus praedilectionis не существуетъ.

Полъ больныхъ, несомнѣнно, не играетъ никакой роли въ образованіи гемангіомъ глазницы.

Наконецъ, слѣдуетъ считать установленнымъ внутриутробное происхожденіе большинства гемангіомъ глазницы; травмы же во внѣутробной жизни являются, несомнѣнно, лишь моментомъ, могущимъ ускорить теченіе уже существовавшаго процесса.

Литература. 1809. **Travers.** Med. chir. T. II. p. 1. Royal med. a. chir. Soc. London. 1. XI. см. Neese, Lagrange и др. — 1810. **Abernethy.** Sing. observ. on injuries of the head and on miscelleanous subjects. p. 228. см. Lagrange. — 1812. **Dalrymple.** Med. chir. T. VI. p. 3. см. Neese, Lagrange и др. — 1828. **Schön-Morgagni.** см. Lagrange. — 1829. **Warren.** Surgical observations of on tumours. см. Berlin и др. — 1831. **Schmidt.** Ammon's Z.f.O. II. p. 263. см. Himly, Berlin и др. — 1832. **Rognetta.** Revue médicale. IV. p. 400. см. Lagrange и др. — 1833. **Demarquay.** Traité des tumeurs de l'orbite. Thèse. Paris. см. Berlin, Neese, Lagrange и др. — 1840. **Carron du Villards.** Guide pratique des maladies des yeux. I. p. 483. см. Lagrange и др. — 1840. **Velpeau.** Dictionnaire en 30 volumes. p. 310—319 и 400. см. Fermond и др. — 1843. **Himly.** см. стр. 472; p. 376. — 1844. **Ledran.** Consult. de chirurgie. p. 170. см. Lagrange, Demarquay и др. — 1846. **Andral.** цитир. по Fischer. Lehrbuch. p. 361. см. Lagrange, Berlin и др. — 1848. **Lebert.** Abhandl. aus d. Gebiet d. prakt. Chirurgie. p. 88. см. Wecker. p. 798. — 1853. **Brainard.** L. August. см. An. oc. 1857. p. 184. — 1852. **Walton-Haynes.** Med. Times a. Gaz. July. см. An. oc. 1856.

35. p. 293. — 1853. **Walton-Haynes**. Operative ophthalm. surg. p. 258. см. Lagrange; Delens, p. 548; Schück и др. — 1854. **Walton-Haynes**. Med. Times a. Gaz. № 191. 25. II. см. An. oc. 1856. 35. p. 293. — 1854/55. **Critchett**. Med. Times a. Gaz. 1854. 23. XII и 1855. 5. V. см. Schück, Sattler и др. — 1856. **Parise de Lille**. Soc. anat. XXXI. p. 79. см. M.B., Delens и др. — 1856. **Mackenzie**. Diseases of the eye. I. p. 453. см. Fermond. — 1857. **Wood**. N.Y. med. J. July. см. Fermond, Schück и др. — 1858. **Carron du Villards**. Études pathologiques et cliniques sur les différentes éspèces d'exophthalmie. An. oc. XXXX. Sept. Oct. p. 97. — 1858. **Foucher**. G.d.H. p. 41. см. Fermond. — 1859. **Hulke**. Ophtalm. Hosp. Rep. April. p. 10. см. Neese. — 1859. **Nunneley**. Med. chir. T. XLII. p. 168. см. ibidem. — 1860. **Saler**. El Siglo medico. mai. p. 332. см. Lagrange. — 1860 **Graefe**. Zur Casuistik der Geschwülste. A.f.O. VII/2. p. 11. — 1861. **Schuh**. W. med. W. см. Lagrange. — 1861. **Mazel**. Union méd. 27. II. p. 163. см. Neese. — 1864. **Hodges**. Boston med. a. surg. J. 71. p. 417. см. Neese, Lagrange и др. — 1864. **Kempf**. Allgem. Wiener med. Z. IX. p. 17. см. Neese. — 1865. **Hansen**. см. Le Fort. — 1865. **Nunneley**. Med.-chir. T. XLVIII. p. 15. см. Schm. Jb. CXXIX и CXXX и Neese. — 1865. **Ricci**. Dublin quarterly J. XL. p. 338. см. Schm. Jb. CXXVIII, Wecker, Lagrange и др. — 1866. **Graefe**. A.f.O. см. таблицу Lagrange. 1904. II. p. 234 — 1866. **Küchlin**. Deutsche Klinik. 17, 18, 19, 21, 23, 27 и 28. см. Neese; An. oc. и др. — 1867. **Wecker**. Les tumeurs caverneuses de l'orbite. Gaz. hébdom. de méd. et de chir. № 47. 22. XI. см. Kl.M. 1868. VI. p. 47; Delens и др. — 1867. **Wecker**. Traité des maladies des yeux. p. 798. — 1868. **Manz**. Tumor cavernosus der Orbita. Kl.M. VI. p. 182. — 1869. **Morton**. см. Le Fort. — 1870. **Soelberg Wells**. A treatise on the diseases of the eye. p. 684. — 1870. **Jodko-Narkiewitz**. Angioma cavernosum orbitae. Gazeta lekarska. p. 760—792. см. I.B.O. 1871. 2. p. 400. — 1878. **Morton**. Orbital aneurysmal disease and protrusion of the eyeball from venous obstruction. Am.J.Sc. July. p. 36—46. см. I.B.O. 1. p. 436; Lagrange; Neese и др. — 1870. **Stellwag v. Carion**. Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde. IV. p. 630. — 1871. **Jeaffreson**. Case of erectile tumour in the orbit. Opht. Hosp. Rep. VII. p. 187. см. I.B.O. 2. p. 410; Lagrange и др. — 1871. **Lawson**. Naevus of the orbit, protrusion of the eye and suppuration of the cornea; excision of the globe and removal of the naevoid tumour; recovery. L. I. p. 116. см. I.B.O. 2. p. 400; Lagrange и др. — 1871. **Holmes**. Cavernous tumor of the orbit, complicated with a large sanguineous cyst. Succesful removal without injury to the globe on the optic nerve. Chicago med. J. January. XXVIII. № 1. p. 1. см. I.B.O. 2. p. 399; Lagrange, Neese и др. — 1871. **Horner**. Tumoren in der Umgebung des Auges. Kl.M. IX. p. 1—34. — 1872. **Santen**. Nederl. Tijidschr. v. Geneeskunde. I. № 3. см. I.B.O. 3. p. 427; Neese и др. — 1873. **Gruening**. Exophthalmus dexter bei Vorwärtsbeugung des Körpers. A.f.A. III. p. 168—170. — 1873. **Kemperdinck**. Uebersicht über die Wirksamkeit der Augen-und chirurgischen Klinik in Colmar. A. Chir. XVI. p. 575—587. см. I.B.O. 4. p. 466; Neese и др. — 1873. **Spencer-Watson**. Intraorbital naevus treated by ligature and actual cautery. Br.m.J. may 31; Med. Times and Gaz. 46. p. 463; T. clinic. Soc. p. 106. см. I.B.O. 4. p.

467 и др. — 1874. **Rémy**. Tumeur caverneuse de l'orbite. Soc. anat. p. 718. см. I.B.O. 5. p. 524. — 1874. **Oettingen**. Zur Kasuistik und Diagnostik der Orbitaltumoren. Kl.M. p. 45—59. — 1875. **Браунъ**. Объ опухоляхъ орбиты. Л.Х.О.М. p. 418—424. см. I.B.O. 6. p. 436. — 1875. **Harlan**. Two cases of vascular disease of the orbit. T.Am.O.S. p. 327—336. см. I.B.O. 6. p. 443; Schück и др. — 1875. **Lawson**. Two cases of tumours of the orbit. L. II. 4. XII. p. 803. см. I.B.O. 6. p. 439; Lagrange и др. — 1875. **Carter**. Пренія послѣ доклада Lawson'a. L. II. 4. XII. p. 803. см. I.B.O. 6. p. 440. — 1875. **Ruvioli**. Missoma orbitale, esoftalmo gravissimo del bulbo atrofico, demolizione del tumore e del bulbo, guarigione. A. di O. IV. p. 364. см. I.B.O. 6. — 1877. **Кнарр**. Zur operativen Behandlung der Gefässgeschwülste der Augenlider und des vorderen Augenabschnittes. A.f.A. VI. p. 38—48. — 1877. **Frothingham**. Pulsating tumor of orbit, resembling true aneurysm; ligation of common carotid; subsequent removal of tumor; recovery. Am. J. Sc. CXLV. p. 97. см. I.B.O. 8; Delens; Schück. p. 53 и др. — 1878. **Peyrot**. A.di O. VII. p. 265. см. Lagrange. — 1878. **Gosetti**. Angioma simplice del orbita destra. An. di O. VII. p. 265. см. I.B.O. 9. p. 404; Lagrange и др. — 1878. **Vieusse**. De la communication entre la cavité arachnoidienne et la capsule de Ténon. Recueil de mém. de méd. milit. p. 582. см. I.B.O. 10. p. 437; Berlin; Neese и др. — 1878. **Mauthner**. Ueber Exophtalmus. W.m.Pr. № 1, 2, 3, 5 и 7. см. I.B.O. 9. p. 398. — 1879. **Martin**. Naevus de l'orbite s'étendant sur le dos du nez. Traité et guéri par l'électrolyse. An. oc. Juillet-Août. LXXXII. p. 47. — 1879. **Zehender**. Lehrbuch der Augenheilkunde. p. 522. — 1879. **Billroth**. Chir. Klinik. Wien. p. 101. см. I.B.O. 10. — 1879. **Samelsohn**. Дем. Niederrhein. G.f. Natur-u. Heilkunde in Bonn. 23. VI. Пр. см. B.kl.W. 1880. № 1. p. 13; I.B.O. XI. p. 427. — 1879. **Perez Caballero**. Tumores vasculares de la orbita. Cron. med. III. p. 514—521 и 547—552; Rev. esp. de oftalmol. e sifil. 1880/81. IV. Vol. I. p. 12—22. см. I.B.O. — 1880. **Bull**. T.Am.O.S. Thirty-sixt meeting. 22—23 July. Newport. см. Кочетовъ, Верзинъ, I.B.O. 11 и др. — 1880. **Gurlt**. см. стр. 63. — 1880. **Fano**. Tumeur érectile artérielle du grand angle de l'orbite. Six cautérisations avec la pointe chauffée au rouge blanc d'un cautère en bec de moineau; guérison. J. d'oc. et de chir. VIII. p. 239. см. Lagrange. — 1880. **Berlin**. Die Krankheiten der Orbita. In Gr. S. p. 696. — 1882. **Stellwag von Carion**. Tumoren der Orbita. Wiener allg. med. Z. XXVI. p. 514. см. Кочетовъ. — 1882. **Gallenga**. Contribuzione allo studio dei tumori vascolari dell' orbita. Giorn. d. reg. Acad. di med. di Torino. XLV. 5. 6. p. 382. см. I.B.O. 13; Кочетовъ, Lagrange и др. — 1882. **Capdeville**. Angiome caverneux de l'orbite. Marseille méd. XIX. p. 5. см. Lagrange, Кочетовъ и др. — 1882. **Camuset**. Angiome caverneux capsulé de l'orbite opéré avec conservation du globe, de l'oeil et restitution de la vision. Gaz. d'opht. IV. p. 467 (по Кочетову) и XI. p. 328 по Lagrange. см. I.B.O. XIII и др. — 1882. **Peyrot**. Sur une observation de tumeur de l'orbite. Soc. chir. VIII. p. 4. см. Terrier. — 1882. **Terrier**. Rapport sur l'observation du Dr. Peyrot et tumeur de l'orbite. Ibidem. p. 276. см. V.I.B. 17; I.B.O. 13. p. 506 и др. — 1882. **Eloui**. Étude clinique et anatomique sur un cas d'angiome caverneux encysté de l'orbite. A.O. p. 259—277. — 1883.

Panas. A propos de deux nouvelles observations d'angiomes caverneuses de l'orbite. A.O. I. p. 1—12. — 1883. **Gussenbauer.** Tumor cavernosus orbitae. Pr.m.W. № 9. p. 66; см. Lagrange, Кочетовъ и др. — 1883. **Онъ-же.** Exstirpation eines cavernösen Angioms aus der Augenhöhle mit Erhaltung des Augapfels. W.m.W. № 9. см. I.B.O. 14. p. 567. — 1883. **Wecker.** Traité d'ophtalmologie. IV. p. 883. см. Lagrange. — 1884. **Fijalkowski.** Obustronny jamisty, zylny naczymak pozayetkowy. Ksieczka pamiatkowa. p. 247. см. V.I.B.; B.O. I. p. 28; Lagrange. — 1884. **Фіалковскій.** Angioma cavernosum venosum retrobulbare duplex. B.O. I май, іюнь p. 260. — 1884. **Story.** Rare tumour of the orbit. Br.m.J. 31.V. p. 1048.; Opht. Rev. III. p. 245. см. I.B.O. XV. p. 633. — 1884. **Brucker.** Ophtalmol. Monatsblatt. см. L.O.E. 1/4. p. 10. — 1884. **Magnus.** Periodischer Exophthalmus sinister bei Beugen des Kopfes. Kl.M. XXII. p. 62. — 1884. **Campart.** Contribution à l'étude de l'angiome caverneux. Bulletin des Quinze-Vingts. II. № 4. p. 186. см. Lagrange; Кочетовъ и др. — 1884. **Duyse.** Un angiome simple lipomatode de l'orbite avec concrétions phlébolithiques. Extrait du livre jubilaire publié par la Soc. de méd. de Gand. см. I.B.O. XV; Lagrange; A.O. 1885. p. 25. — 1884. **Brinken Neelsen.** Retrobulbäres Cavernom bei einem 2½ jährigen Kinde. Kl.M. XXII. p. 129. — 1885. **Schück.** см. стр. 85. — 1885. **Schweigger.** Handbuch der Augenheilkunde. — 1886. **Snell.** L. p. 163. см. Fermond. — 1886. **Долженковъ.** Изъ практики больничнаго испытанія новобранцевъ. Tumor cavernosus orbitae sin. B.O. III. p. 34—40. — 1886. **Wedl und Bock.** Pathol. Anatomie d. Auges. p. 392. см. Вальтеръ. — 1888. **Duncan.** 56 annual Meeting of the Br. med. Assoc. Glasgow. Br.m.J. см. стр. 103. — 1889. **Brunschwig.** Angiome caverneux encapsulé de l'orbite. A.O. IX. № 5. Sept. Oct. p. 419—426. — 1889. **Wecker.** Traité d'ophtalmologie. IV. p. 843. см. Panas. 1894. II. p. 422; Delens. 1898. p. 546 и др. — 1889. **Ahrens.** Ein neuer Fall von Tumor cavernosus orbitae. Kl.M. XXVII. Nov. p. 460—465. — 1889. **Jones.** Cavernous angioma of the orbit. T.O.S. VII. Br.m.J. July 13. p. 78. — 1890. **Le Fort.** De l'exophtalmos pulsatile à propos d'une opération de ligature des 2 carotides primitives pour exophtalmos pulsatile. R. chir. X. p. 369 и 547. — 1890. **Michel.** Lehrbuch der Augenheilkunde. p. 649. — 1891. **Panas.** Angiome suppuré de l'orbite dans le cours de la fièvre typhoide. Congr. franç. de chirurgie. 30 Mars. см. G.d.H. № 39. p. 333; Progrès méd. № 14. p. 279; A.O. XI. p. 380. — 1891. **Israel.** Дем. Berlin. med. G. 9. XII. Пр. in D.m.W. № 51; см. C. Path. 1892. p. 698; Neese и др. — 1892. **Bock.** Angioma cavernosum oculi. C.f.A. September. p. 261. — 1892. **True.** Contribution à l'étude des tumeurs oculaires et périoculaires; statistique et observat. clin. N. Montpellier méd. Suppl. I. p. 44—64. см. C. Path. — 1893. **Walter.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Angiome der Orbita. Pet.m.W. XVIII. № 7. p. 57—59 (отдѣльный оттискъ). — 1893. **Feuer.** Exstirpation eines Tumor cavernosus orbitae. Дем. in Pester med. G. 18. III. Pester med.-chir. Presse. 29. p. 319. см. I.B.O. 24. p. 458 и др. — 1894. **Kalt.** Angiome encapsulé de l'orbite. A.O. XIV. p. 418. — 1894. **Panas.** см. стр. 450. II. p. 422. — 1895. **Подрезъ.** Отчетъ о санитарномъ состояніи русской арміи за 1893 г. p. 364. см. Кумбергъ. p. 39. — 1895. **Feuer.** Tumor cavernosus orbitae. Ungar. Beiträge zur Augenheilkunde. I. p. 85—89. см.

I.B.O.; An. oc. CIX. p. 391. — 1895. **Becker.** см. стр. 473. — 1895. **Tailor.** Angioma venoso cistico dell orbita. Lavori d. clin. ocul. d. Univ. di Napoli. IV. p. 137. см. Domela-Niew, Кочетовъ, I.B.O. p. 191 и др. — 1895. **Vincentiis.** Ibidem. см. ibidem. — 1895. **Valude.** Angiome kystique de l'orbite; électrolyse. An. oc. CXIV. p. 210. — 1895. **Ложечниковъ.** Дем. Офталмол. кружокъ въ Москвѣ. 10. I. Пр. см. B.O. 1896. III. p. 273. — 1896. **M.B.** см. стр. 49; p. 141. — 1896. **Schreiber.** Bericht über die mit Krönlein'scher Osteoplastik operierten Fälle von Orbitaltumoren. Jb. d. Schreiber'schen Augenhospitals in Magdeburg. p. 22. см. I.B.O. p. 447, Кочетовъ, Масленниковъ, Chaillous и др. — 1896. **Polignani.** Angioma cavernoso bilobare del'orbita. Raporto oftalm. del' ospedale degli Incurabili. Napoli. см. I.B.O. 27. p. 180. — 1896. **H. Knapp.** Ein Fall von cavernösem Angiom in der Tiefe der Augenhöhle. Entfernt mit Erhaltung des Augapfels. A.f.A. XXXII. p. 271—276. — 1896. **Онъ-же.** Тоже. A. of O. XXV. № 1. см. A.O. 1897. 17. p. 627. — 1897. **Defrège-Depage.** Bull. de la soc. des sc. méd. et anat. de Bruxelles. Nov. Пр. in Revue génér. d'Opht. 1898. p. 517; см. Кочетовъ, Масленниковъ, Lagrange и др. — 1897. **Eales.** Naevus of the orbit. Birmingham and Midland Countries branch of the Br. med. Assoc. March. 11. Пр. in Br.m.J. p. 789. — 1897. **Fuchs.** Учебникъ глазныхъ болѣзней. — 1897. **Beaumont.** Cirsoid aneurysm of the orbit, forehead and scalp. Br.m.J. II. p. 273. — 1897. **Neese.** Ein Fall von Angioma orbitae fibrosum. A.f.A. XXXV. H. 1. p. 9—22. — 1898. **Uscher.** A case of cavernous angioma of the orbit. Br. m.J. № 1966. Sept. 3. p. 621. — 1898. **Delens.** Tumeurs vasculaires de l'orbite. In D.R. IV. p. 541. — 1898. **Соколовъ.** Временное изсѣченіе наружной стѣнки глазницы при удаленіи заяблочныхъ опухолей. B. XIX. — 1898. **Кумбергъ.** Къ казуистикѣ сосудистыхъ опухолей глазницы. Военно-медиц. журн. 76. Январь. p. 39. — 1898. **Leber.** M.m.W. см. Domela-Niew., Кочетовъ, Fermond, Chaillous и др. — 1898. **Coppez.** Angiome caverneux de l'orbite, Examen microscopique. Soc. anat.-pathol. de Bruxelles. 3 Juin. Пр. in Revue génér. d'Opht. 1898. № 29; см. I.B.O. 29 и др. — 1899. **Schmeichler.** W.m.W. p. 351 и 402. см. Кочетовъ. — 1899. **Mandach.** Originalmitt. a. d. Schaffhausener Kantonsspital. см. Domela-Niew., Chaillous, Масленниковъ и др. — 1899. **Weiss.** Exstirpation eines grossen retrobulbären Tumors nach der Krönleinschen Operationsmethode mit Erhaltung der Sehkraft und guter Stellung und Beweglichkeit des Auges. M.m.W. p. 1265. — 1899. **Fermond.** De l'angiome de l'orbite. Thèse. Bordeaux. см. Lagrange и др. — 1899. **Zimmermann.** Cavernom der Orbita bei einem 6-jähr. Jungen. Aerztl. Verein zu Stuttgard. 3. VI; O. Kl. p. 202. — 1899. **Coppez et Depage.** Tumeur vasculaire de l'orbite opérée suivant le procédé de Krönlein. Soc. méd.-chir. du Brabant. 31. VIII. Пр. in O. Kl. 1900. p. 94. — 1899. **Mayweg.** Drei retrobulbäre Tumoren. Wanderversammlung rheinisch-westfälischer Augenärzte. 21. I. Пр. in O.Kl. III. p. 90. — 1900. **A. Knapp.** Ein Fall von Orbital-Cavernom entfernt nach Krönleins Methode mit Erhaltung des Auges und Verbesserung der Sehschärfe. A.f.A. p. 264; A. of O. N.Y. — 1900. **Bull.** см. стр. 481. — 1900. **Holmes Spicer.** Naevus of the orbit. T.O.S. 13. XII; Ophtalm. Record. 1901. p. 103. — 1900. **Chaillous.** L'opération de Krönlein dans affections de l'orbite.

Thèse. Paris. — 1900. **Keschmann**. Zur Lehre vom pulsirendem Exophthalmus. W.kl.W. см. C.f.A. p. 284. Масленниковъ и др. - 1900. **Domela-Nieuwenhuis**. Ueber die retrobulbäre Chirurgie der Orbita. I.D. Zürich; B.B. — 1900. **Valude**. Des opérations sur l'orbite par la voie temporale. Opération de Krönlein. An. oc. CXXIV. p. 114. — 1900. **Fromaget et Débédat**. Volumineux angiome de l'orbite et de la paupière. J. de. méd. de Bordeaux. XXX. p. 782; — guéri par l'électrolyse. Rec. d'Opht. 1901. p. 174. см. V.I.B. 36; I.B.O. 32. p. 441; Кочетовъ и др. — 1901. **Lagrange**. Angiome caverneux de l'orbite. J. de méd. de Bordeaux. XXXI. p. 528. см. Lagrange. 1904 и 1909. — 1901. **Whitehead**. Case of cavernous angioma of the orbit. Br.m.J. April 13. p. 881. — 1901. **Parinaud et Roche**. Angio-fibrome de l'orbite, modification au procédé de Krönlein. An. oc. CXXVI. p. 241. — 1901. **Frogé et Baulai**. Angiome veineux traumatique de l'orbite droite. La Clin. Opht. p. 194. — 1901. **Polignani**. Angioma cavernoso dell' orbita. Clin. oculist. p. 684. см. I.B.O. 32. p. 441; Кочетовъ; Lagrange и др. — 1901. **Чемолосовъ**. Дем. кавернозной ретробульбарной ангіомы. 29. XI. С.П. офталмол. общ. Пр. in В. XXII. p. 1530; В.О. 1902. II. p. 130; В.Г. 1902; IX. № 19; см. L.O.E. X/2. p. 1015; V.I.B. 37. II. p. 516; Кочетовъ и др. — 1901/02. **Puccioni**. Angioma cavernoso dell' orbita. Asportazione del tumore conservando il bulbo. Bollet. della R. Acad. med. di Roma. XXVIII. Fasc. VII. Napoli. 1901. см. V.I.B. 37/II. p. 516; I.B.O. 33. — 1902. **Friedenwald**. Cavernous angioma of the orbit. Amer. J. of Opht. April. p. 108. см. I.B.O. 33; C.f.A.; Масленниковъ и др. — 1903. **Chevallereau et Chaillous**. Angiome veineux de l'angle interne de l'orbite. Soc. d'opht. de Paris. 6. I. Пр. in Clin. opht. p. 28; В.О. 1904. p. 751. — 1903. **Spicer**. Sections from naevus of the orbit. T.O.S. 29. I. The Opht. Review. p. 82. см. I.B.O. 34. p. 520, Кочетовъ и др. — 1903. **Сегаль**. Случай ангіофибромы глазницы. В.О. XX. 3. p. 235. — 1903. **Cabannes**. см. Ernautène. — 1903. **Badal**. La transformation fibreuse des angiomes de l'orbite. Clin. Opht. de Bordeaux. № 22. см. C. Path.; V.I.B. 38/II. p. 558. — 1903. **Ernautène**. De la transformation anatomique des angiomes de l'orbite. Thèse. Bordeaux. см. C. Path.; I.B.O. — 1903. **Верзинъ**. Случай пещеристой опухоли глазницы. Р.В. II. № 50. p. 1784—1786. — 1904. **Lagoutte**. Tumeur angiomateuse de l'orbite. Soc. de chir. de Lyon. 9 Mars. см. A. gén. méd. p. 832. — 1903. **Масленниковъ**. Дем. кавернозной ангіомы орбиты. 23. XII. Московск. офталмол. общ. Пр. in В.О. 1904. № 3. p. 356. — 1904. **Масленниковъ**. Кавернозная ангіома орбиты. Операція Крёнлейна. В.О. XXI. Май, Іюнь. p. 357. — 1904. **Dollinger**. Orvosi Hetilap. Budapest. № 11. см. I.B.O. p. 710; Кочетовъ и др. — 1904. **Axenfeld**. Diffuses Angiom der Orbita. Verein Freiburger Ärzte. 20. II. см. M.m.W. p. 779; I.B.O. 35. p. 706. — 1904. **Whitehead**. Cavernous angioma of orbit. T. O.S. XXIV. 5. V. p. 209. см. Kl.M. XLII/2. — 1904. **Menacho**. Contribucion al estudio de los tumores vasculares de la orbite y del seno cavernoso. A. de Ophtalm. hisp. amer. Mai. см. C. Path. — 1904. **Блессигъ**. Дем. С.-Пет. офталм. Общ. 22. IV. Пр. in В.О. p. 598. — 1904. **Шимановскій**. Дем. кіевск. офт. Общ. 20. V. Пр. in В.О. 1905. p. 320. — 1904. **Lagrange**. см. стр. 483; II. p. 196. 1904. **Lagoutte**. Angiome caverneux

enkysté de l'orbite. Soc. de chir. de Lyon. 28. IV. Rev. gén. d'Opht. 1905. p. 89. см. I.B.O. 36. p. 694; V.I.B. 40/II. p. 711; Кочетовъ и др. — 1904. **Helbron**. Zur Krönlein'schen operation. Berl. ophtalm. Ges. 15. XII. см. Z.f.A. 1905. XIII. p. 64; 34 Congress d. deutsch. Ges. f. Chir. см. M.m.W. 1905. p. 475; Habilitationsschrift. см. I.B.O. 36. p. 183. — 1905. **Török**. Angioma cavernosum orbitae. Szemészet. p. 125. см. V.I.B. 40/II. p. 711; I.B.O. 36. p. 694 и др. — 1905. **Parsons**. см. стр. 461; II. Tumours of the orbit. p. 725. — 1906. **Holmes Spicer**. Cavernous angioma of the orbit of nearly 30 years duration, evisceration of the orbital contents. T.O.S. XXVI. p. 130; Opht. Review. p. 249. — 1906. **Schmidt-Rimpler**. Ein Fall von intermittirendem Exophtalmus in Folge von Angiokavernombildung. Verein d. Aerzte in Halle a. S. см. M.m.W. p. 1325; V.I.B. 41/II. p. 565; I.B.O. 37. p. 715. — 1907. **Wintersteiner**. Geschwülste der Orbita. In Schwarz. Encyklopädie der Augenheilkunde. p. 644—652. — 1907. **Bentzen**. Et Tilfaelde of Krönleins Operation. 29 Sitz. der Ophtalm. Ges. Kopenhagens; Dän. Hospitaltid. № 14. p. 375. см. I.B.O. p. 512. — 1907. **Sándor**. Über die Behandlung der Hämangiome. Orvosi Hetilap. № 28. см. C. Chir. p. 1362. — 1907. **Чистяковъ**. Изъ казуистики офталмологич. факульт. клин. Томскаго Унив. за 1906/7 уч. годъ. B.O. p. 704. — 1907. **Lodato**. Angioma cavernosum dell' orbita con numerose „Markzellen". XIX Congresso della Assoc. Ottalm. italiana. Parma. 1—4. X; A. di O. 1908. XV. Fasc. 7. см. A.f.O. 1908. p. 730; An. di O. 1908. p. 443. — 1908. **Bossalino**. Un caso di esoftalmo da tumore intraorbitale. Fibroangioma cavernoso capsulato. A. di O. XXXVII. p. 634. — 1908. **Lodato**. Ricerche d'istologia patologica dell' occhio e dei suoi annessi, con speciale riguardo alle Plasmicellen. A. di O. XVI. p. 1. см. I.B.O. 39. — 1908. **Apthomas**. Tumour of the orbit removed without enucleation and without loss of sight. Br.m.J. May. 16. p. 1163. — 1908. **Rucker**. Contribution à l'étude des angiofibromes de l'orbite. Thèse. Paris. см. I.B.O. 40. p. 356. — 1908. **Cantonnet et Offret**. Angiome caverneux de l'orbite opéré 19 ans auparavant. Atrophie optique. Soc. d'opht. de Paris. 7. IV. Пр. in A.O. p. 403; An. oc. 139. p. 289; Rev. neur. 1909. p. 337. — 1908. **Lapersonne**. Angio-fibrome de l'orbite. A.O. XXVIII. № 7. p. 417—422. — 1908. **Rollet**. Angiome caverneux de l'orbite. Revue génér. d'Opht. № 8. p. 373. см. C. Path. — 1909. **Rollet**. 22 observations de tumeurs de l'orbite. Lyon chirurg. II. p. 129. см. A.O. 29. p. 354. — 1909. **Кочетовъ**. см. стр. 489. — 1909. **Исуповъ**. Гемангіомы глазницы. B.O. Октябрь. p. 820. — 1909. **Adam**. Sarkomatös entartetes Kavernom der Orbita. Berl. ophtalm. G. 17. VI. Пр. in C.f.A. p. 208. — 1909. **Steinhard**. см. стр. 482. — 1909. **Lagrange**. Tumeurs de l'orbite. Paroi et contenu, excepté le globe et le nerf optique. Encyclopédie franç. d'ophtalmologie. VIII. p. 679—726. — 1910. **Klinedinst**. A case of varix or angioma of orbit. Ophtalmology. VII. p. 431. см. Kl.M. XLIX/I. p. 777; I.B.O. 42. p. 314 и 521. — 1910. **Passera**. Sulla structura degli angiomi cavernosi dell' orbita. Ophtalmologica. II. fasc. I. см. Kl.M. XLIX. p. 778. — 1910. **Guglianetti**. Angioma cavernoso del'orbita con particolarità istologiche non ancora descritte. A. di O. XVII. № 11. p. 501. mai. см. I.B.O. 41. p. 208. — 1911. **Posey**. Angioma of the orbit. Wills Hosp. Ophth. Soc. Ophth. Record. p. 303. см. I.B.O. 42. p.

515 и 521. — 1911. **Головинъ**. Параневральная опухоль глазницы. Одесскій офталм. круж. 2. II. Пр. in В.О. XXVIII. р. 928. — 1912. **Pagenstecher**. Дем. кавернозной ангіомы орбиты. Verein d. Aerzte Wiesbadens. 4. VIII. Пр. in B.kl.W. № 44. — **Hartvige**. см. Исуповъ. — **Langenbeck**, **Bowmann**. см. Graefe. — **Dieulafoy**. см. Lagrange. — **Dupuytren**. см. Panas (1883). —

7. Гемангіомы сосѣднихъ съ глазницей полостей. Изъ стѣнокъ полостей, находящихся вблизи орбиты (sinus frontalis, sinus ethmoidalis, sinus maxillaris и sinus sphenoidalis) развиваются различныя первичныя опухоли какъ доброкачественнаго характера (фибромы, хондромы, остеомы и др.), такъ и злокачественнаго (саркомы, раки и др.). Казуистика этихъ опухолей подробно приведена у *Lagrange* (1904). Сосудистую опухоль наблюдали, насколько мнѣ извѣстно, только *Lücke* и *Recklinghausen* (1889), которые описали гемангіому верхнечелюстной полости. Случай этихъ авторовъ отнесенъ мною къ костнымъ гемангіомамъ (см. стр. 198) и помѣщенъ въ спискѣ *№ 2* (см. приложеніе).

Литература. 1889. **Lücke und Recklinghausen**. см. стр. 204. — 1904. **Lagrange**. см. стр. 483; II. р. 801—846. —

ГЛАВА XVII.

Рѣдкая локализація гемангіомъ.

А. Гемангіомы органовъ кровообращенія.

Частота нахожденія опухолей сердца. Мѣсто такъ называемыхъ миксомъ сердца въ онкологической системѣ. Сосудистыя опухоли, расположенныя въ области эндокардія сердца и ихъ казуистика. Богатыя сосудами опухоли клапановъ сердца и ихъ казуистика. Сосудистыя опухоли сердца, расположенныя вблизи эпикардія.—Гемангіомы венъ (одиночныя флебогенныя гемангіомы) и артерій. Случай рацемозной ангіомы art. alveolaris infer.—

1. Гемангіомы сердца. Опухоли сердца встрѣчаются не особенно часто. До 1893 г., по *Tedeschi*, въ литературѣ имѣлись описанія только 80 случаевъ какъ первичныхъ, такъ и вторичныхъ опухолей этого органа.

Первичныя опухоли сердца встрѣчаются рѣже вторичныхъ и являются очень рѣдкими находками. Такъ, напримѣръ, *Thorel* (1904) не встрѣтилъ ни одной первичной опухоли сердца на 3000 вскрытій, произведенныхъ въ Нюрнбергѣ съ 1894 по 1902 годъ, а *Méroz* (1911) на 3745 вскрытій, произведенныхъ въ Женевѣ съ 1903 по 1910 годъ, нашелъ только три такія опухоли. *Hagedorn* (1908) собралъ на основаніи литературныхъ данныхъ 40 случаевъ первичныхъ опухолей сердца (одну ангіому, одну каверному, 29 миксомъ, 6 липомъ, двѣ саркомы и одинъ невыясненнаго характера случай), *Karrenstein* (1908) — 80 (три гемангіомы, 8 саркомъ, одну эндотеліому, 4 рака, 9 фибромъ, 7 липомъ, 5 міомъ, 41 мик-

сому, одну рабдоміому и одну кистовидную опухоль), а *Méroz* —79 случаевъ, изъ которыхъ въ 14 были найдены злокачествен ныя опухоли (4 рака и 10 сарконъ), а въ остальныхъ 65 — доброкачественныя (12 липомъ, 11 рабдоміомъ и 42 миксомы или фибромиксомы). Послѣдній авторъ совсѣмъ не упоминаетъ о гемангіомахъ. Наконецъ, *Ehrenberg* (1911) сообщаетъ уже о 18 первичныхъ саркомахъ сердца, при чемъ онъ не касается въ своей работѣ доброкачественнаго характера опухолей этого органа.

Отмѣчу, что относительно мѣста въ онкологической системѣ большинства доброкачественныхъ опухолей сердца, т. е. миксомъ, высказаны самые противорѣчивые взгляды.

Одни авторы (*Ribbert-Kesselring* 1900, *Brenner* и др.) считаютъ большинство описанныхъ опухолей истинными миксомами („echte Myxome") [1]) и различаютъ слѣдующіе подвиды ихъ: „Myxoma simplex, Hämangiomyxom и Hämangioelastomyxom" [2]) .Другіе (*Czapek* 1891, *Trespe* 1891, *Blumgart* 1907, *Koechlin* 1908 и др.) указываютъ на то, что въ большинствѣ случаевъ такъ называемыя „первичныя истинныя миксомы сердца" являются образованіями вторичными вслѣдствіе организаціи марантическихъ тромбовъ или являются послѣдствіемъ эндокардитическихъ процессовъ (*Czapek*, *Koechlin* и др.).

Между тѣмъ появились наблюденія нѣкоторыхъ авторовъ, которые изслѣдовали богатыя сосудами опухоли сердца. Одни изъ этихъ авторовъ причисляли такія опухоли къ чистымъ гемангіомамъ (къ телеангіэктазіямъ и кавернознымъ гемангіомамъ), другіе—къ сложнымъ опухолямъ (къ миксо-ангіомамъ и др.), третьи—къ телеангіэктатическимъ подвидамъ различныхъ другихъ опухолей, наконецъ, четвертые—къ расширеніямъ артерій и венъ.

По локализаціи въ различныхъ отдѣлахъ сердца удобно раздѣлить относящіяся сюда опухоли на три группы: во первыхъ, сосудистыя образованія, расположенныя вблизи съ эндокардіемъ, во-вторыхъ, сосудистаго характера опухоли

---

1) *Brenner.* Das Haemangioelastomyxoma cordis und seine Stellung unter den Myxomen des Herzens. F.Z. 1907. I. 3/4. p. 523.

2) *Brenner.* l. c. ibidem.

клапановъ сердца и, въ-третьихъ, сосудистыя опухоли глубокихъ слоевъ висцеральнаго листка перикардія.

1) Сосудистыя опухоли первой группы встрѣчаются чаще всего въ лѣвомъ *предсердіи* и помѣщаются обычно въ перегородкѣ вблизи foramen ovale.

Интересно отмѣтить, что лѣвое предсердіе является излюбленнымъ мѣстомъ для локализаціи и другихъ опухолей сердца. Такъ, напримѣръ, по *Brenner*'у (1907), изъ 32 миксомъ сердца, собранныхъ этимъ авторомъ изъ литературныхъ данныхъ, 19 опухолей были найдены въ лѣвомъ предсердіи и 10—въ клапанахъ сердца. Изъ 19 миксомъ лѣваго предсердія 8 находились въ перегородкѣ между предсердіями, 6—въ ушкѣ и 5 въ другихъ отдѣлахъ стѣнки предсердія.

Гемангіому предсердія описалъ *Rau* (1898), считавшій, что его случай единственный въ литературѣ.

У мужчины 56 лѣтъ, умершаго отъ туберкулеза легкихъ и паренхиматознаго нефрита, при вскрытіи была найдена въ правомъ предсердіи около foramen ovale подъ неизмѣненнымъ эндокардіемъ краснаго цвѣта опухоль шаровидной формы. Опухоль была величиной съ небольшую вишню и сидѣла на широкомъ основаніи. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ полостей различной величины (діаметръ наибольшей полости равнялся 9,5 mm.), выстланныхъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ были найдены флеболиты. По окружности полостей имѣлись прослойки изъ соединительной ткани. *Rau* назвалъ изслѣдованную имъ опухоль кавернозной гемангіомой.

Опухоль *Rau* приводится и *Weber*'омъ (1907), при чемъ послѣдній авторъ считаетъ ее не гемангіомой, а флебэктазіей. („Der Beschreibung nach", пишетъ *Weber*, „erinnert diese Geschwulst..... in jeder Beziehung an eine Phlebektasie" [1]).

Послѣдній авторъ описалъ, кромѣ собственныхъ двухъ случаевъ „варикозно-кавернозныхъ опухолей" перегородки между предсердіями, еще 8 случаевъ „флебэктазій" съ локализаціей ихъ также въ упомянутой перегородкѣ (случай *Wagner*'а 1861, четыре случая *Zahn*'а 1881 и 1889, случай *Rindfleisch*'а 1892 и два случая *Boström*'а 1895).

---

[1]) *Weber*. Zwei Fälle von varikös-kavernösen Geschwülsten des septum atriorum. V.A. 1907. 187. p. 404.

Въ обоихъ случаяхъ *Weber*'а были найдены „опухолеподобныя образованія („tumorähnliche Bildungen der Herzvorhöfe)[1]), которыя по своему строенію (наличность группы полостей, наполненныхъ кровью) были очень похожи на гемангіомы („eine Mittelstellung zwischen Varice und Angiom)[2]), произошли же вслѣдствіи расширенія венъ предсердія („verdanken ihre Entstehung eigenartigen Veränderungen der Vorhofvenen“[3]) и „die Folgen einer Ektasie einer Septumvene“)[4]).

По *Weber*'у, какъ его два случая, такъ и 8 случаевъ флебэктазій, приведенныхъ различными авторами (см. выше), а также случай *Rau*, составляютъ особую группу „варикозно-кавернозныхъ образованій“, отличающихся какъ отъ гемангіомъ, такъ и отъ сердечныхъ полиповъ, являющихся послѣдствіемъ организаціи тромбовъ.

Упомяну здѣсь же, что расширенія сосудовъ сердца, симулирующія первичныя опухоли сердца, описали также *Geipel* (1905) и *Escher* (1909, семь случаевъ).

Кромѣ того, богатую сосудами опухоль стѣнки лѣваго предсердія описалъ *Trespe* (1901).

Опухоль была случайно найдена *Lubarsch*'емъ при вскрытіи мужчины 43 лѣтъ и находилась въ стѣнкѣ лѣваго предсердія приблизительно на 2 cm. выше мѣста прикрѣпленія митральныхъ клапановъ. Она была величиной съ вишню, шаровидной формы, коричнево-краснаго цвѣта, плотной консистенціи и сидѣла на широкомъ основаніи. При микроскопическомъ изслѣдованіи была найдена слизистаго характера соединительная ткань, пронизанная кровеносными сосудами различнаго калибра (преимущественно капиллярами, мѣстами сильно расширенными) и участками свѣжихъ и старыхъ кровоизліяній. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ соединительнотканная стѣнка была выстлана со стороны сосудистаго просвѣта нѣсколькими слоями большихъ, вытянутыхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. На основаніи этого изслѣдованія *Trespe* далъ опухоли названіе myxhaemangioendothelioma.

Однако, самъ авторъ сомнѣвался въ бластоматозномъ характерѣ описанной имъ опухоли и считалъ болѣе вѣроятнымъ ея образованіе на почвѣ организаціи тромба. Такое же мнѣніе высказалъ и *Karrenstein*, тогда какъ *Brenner* при-

---

1) *Weber*. l. c. p. 369.

2) *Weber*. l. c. p. 381.

3) *Weber*. l. c. p. 369.

4) *Weber*. l. c. p. 407.

числилъ опухоль, описанную *Tresre*, къ истиннымъ миксомамъ.

Опухоли предсердій, описанныя *Wiegandt*'омъ 1876, *Salvioli* 1878, *Boström*'омъ 1880, *Virchow*'ымъ 1881, *Jürgens*'омъ 1891, *Marchand* 1894, *Tannenhain*'омъ, *Jacobsthal*'емъ 1900 и *Pennemann*'омъ 1908, не были гемангіомами, а сложными опухолями, чаще миксомами, очень богатыми сосудами. Приведенные авторы также не причисляли описанныя ими опухоли къ гемангіомамъ.

Наконецъ, *Blank* (1908) описалъ у четырехлѣтней дѣвочки множественныя кавернозныя гемангіомы различныхъ органовъ (см. главу XVIII). Въ стѣнкѣ праваго предсердія также были найдены сосудистыя образованія, относительно характера которыхъ *Blank*, въ виду отсутствія ихъ микроскопическаго изслѣдованія, не могъ высказаться положительно.

Такимъ образомъ, въ области предсердій сердца описаны двѣ микроскопически изслѣдованныя сосудистыя опухоли: одна кавернозная (*Rau*) и одна сложная (*Tresre*) гемангіома. Однако, оба случая на основаніи приведенныхъ выше мнѣній *Weber*'а и самого *Tresre* не могутъ съ достовѣрностью быть причислены къ истиннымъ гемангіомамъ.

2) Вторая группа сосудистыхъ опухолей сердца локализируется въ *клапанахъ* этого органа.

Большинство опухолей клапановъ сердца, по *Koechlin*'у 1908, совсѣмъ или почти совсѣмъ не содержитъ сосудовъ, что объясняется, по тому же автору, отсутствіемъ сосудовъ въ нормальныхъ клапанахъ („...ein Organ, welches normalerweise keine Gefässe enthält")[1]. Къ такому же заключенію пришли *Langer* (1887) и *Ribbert* (1897), которые въ нормальныхъ полулунныхъ клапанахъ сердца у взрослыхъ совершенно не находили сосудовъ, въ другихъ же клапанахъ находили сосуды лишь въ нижней ихъ трети.

Опухоли клапановъ сердца, богатыя сосудами, описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: *Drasche* 1898, *Guth* 1898, *Steinhaus* 1899, *Ribbert-Kesselring* 1900, *Leonhardt* 1905, *Blumgart* 1907, *Nichols* 1908 и *Devecchi* 1909.

---

[1]) *Koechlin*. Über primäre Tumoren und papillomatöse Excreszenzen der Herzklappen. F.Z. 1908. II/2. p. 340.

Изъ приведенныхъ авторовъ *Drasche* описалъ въ сущности аневризмы сосудовъ сердечныхъ клапановъ послѣ эндокардита, *Guth*—капиллярную миксому, въ которой мѣстами были видны лишь тонкіе кровеносные сосуды, *Ribbert-Kesselring*, *Leonhardt* и *Blumgart*—миксомы, богатыя сосудами, *Steinhaus* — „гипертрофическую" миксогемангіому, *Trespe*—пигментированную миксогемангіоэндотеліому, *Nichols*—ангіомы и *Devecchi*—фиброангіомы.

Такимъ образомъ, самостоятельный характеръ сосудистаго компонента опухолей клапановъ сердца отмѣчаютъ только *Steinhaus*, *Nichols* и *Devecchi*.

Steinhaus нашелъ при вскрытіи 19-лѣтняго мужчины, умершаго отъ крупозной пнеймоніи, темно-красную, шаровидную опухоль, діаметромъ около 0,5 cm., сидѣвшую на короткой широкой ножкѣ непосредственно подъ правымъ заднимъ полулуннымъ клапаномъ легочной артеріи. Кромѣ того въ сердцѣ отмѣчено: stenosis valvulae mitralis, insufficientia aortae и pericarditis adhaesiva. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли оказалось, что она состоитъ изъ основной слизистой ткани, въ которой заложены многочисленные, преимущественно тонкостѣнные сосуды, наполненные кровью, и солидные тяжи изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, являющіеся, по *Steinhaus*'у, разрастающимися сосудами. Кромѣ того, въ опухоли найдены круглоклѣточный инфильтратъ и участки свѣжихъ и старыхъ (отложеніе кровяного пигмента) кровоизліяній.

На основаніи своего изслѣдованія *Steinhaus* приходитъ къ заключенію, что описанная имъ опухоль является образованіемъ сложнымъ, въ которомъ произошли въ одинаковой степени разрастаніе какъ слизистой ткани, такъ и кровеносныхъ сосудовъ, при чемъ, кромѣ новообразованія сосудовъ, наблюдался также самостоятельный ростъ эндотеліальныхъ клѣтокъ интимы сосудовъ и превращеніе нѣкоторыхъ изъ нихъ въ солидные эндотеліальные тяжи. Поэтому *Steinhaus* назвалъ описанную имъ опухоль myxohaemangioma hypertrophicum и указалъ на ея сходство съ гипертрофическими гемангіомами кожи и подкожной клѣтчатки. По его мнѣнію, легко допустить, что при дальнѣйшемъ ростѣ такія гипертрофическія гемангіомы могутъ превратиться въ ангіосаркомы, resp. въ миксоангіосаркомы.

Въ заключеніе своей статьи *Steinhaus* указываетъ на то, что, насколько ему извѣстно, описанный имъ случай гемангіомы сердца является единственнымъ въ своемъ родѣ среди

опубликованныхъ другихъ случаевъ первичныхъ опухолей этого органа.

Отмѣчу, что, въ то время какъ *Brenner* и *Méroz* причисляютъ опухоль, описанную *Steinhaus*'омъ, къ истиннымъ новообразованіямъ, *Trespe* считаетъ, что она произошла вслѣдствіи атипической организаціи сердечнаго тромба, а *Koechlin* — вслѣдствіи эндокардитическихъ разращеній („endokarditische Wucherungen") [1]).

Nichols нашелъ при вскрытіи 18-дневнаго ребенка на верхней поверхности (обращенной къ предсердіямъ) двустворчатаго и трехстворчатаго клапановъ множественные (8—10) узелки небольшой величины, округлой формы и краснаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что узелки состояли изъ полостей, наполненныхъ кровью и выстланныхъ однослойнымъ эндотеліемъ. Мѣстами были видны участки кровоизліяній. Сами клапаны не были утолщены и состояли изъ молодой соединительной ткани, въ которой были видны немногочисленные нормальные кровеносные капилляры. *Nichols* называетъ эти узелки „angeiomata". Подобные же („similar") узелки, въ числѣ трехъ, были найдены и въ слизистой оболочкѣ мочевого пузыря, въ области trigonum. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что эти узелки состояли изъ расширенныхъ кровеносныхъ капиллярныхъ сосудовъ и участковъ кровоизліяній. Авторъ, повидимому и эти узелки причисляетъ къ „ангіомамъ".

Nichols указываетъ на рѣдкость локализаціи гемангіомъ въ сердцѣ, такъ какъ въ литературѣ ему удалось найти только одинъ подобный случай, описанный *Rau* (см. стр. 510). По строенію же описанныя имъ гемангіомы, по его мнѣнію, не отличаются отъ тѣхъ гемангіомъ, которыя наблюдаются въ другихъ участкахъ тѣла (въ губахъ, во внутреннихъ органахъ и др.).

Изъ описанія *Nichols*'а и изъ приложеннаго къ его работѣ рисунка, на которомъ изображена микроскопическая картина срѣза черезъ одинъ изъ узелковъ и трехстворчатый клапанъ, видно, что на поверхности клапановъ были расположены узелки, изъ которыхъ каждый состоялъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ кровеносныхъ полостей. На рисункѣ изображены три такія полости, при чемъ одна изъ нихъ расположена далеко отъ двухъ остальныхъ. Получается впечатлѣніе, что эти полости представляютъ собой

---

[1]) *Koechlin.* l. c. ibidem.

чрезвычайно расширенные капилляры, при чемъ нѣтъ и намека на наличность ни простой, ни кавернозной, ни тѣмъ болѣе, рацемозной гемангіомы. На основаніи сказаннаго мнѣ кажется, что образованія, найденныя *Nichols*'омъ, должны быть причислены къ варикознымъ расширеніямъ капиллярныхъ сосудовъ, къ вторичнымъ телеангіэктазіямъ, а не къ гемангіомамъ.

Наконецъ, *Devecchi* описалъ фиброангіому сердечнаго клапана праваго сердца. Къ сожалѣнію, подлинникъ работы этого автора мнѣ не былъ доступенъ. Въ рефератѣ же работы *Devecchi* указано, что послѣдній причислялъ какъ имъ самимъ описанную опухоль, такъ и нѣкоторыя опухоли въ данной области, изслѣдованныя другими авторами, къ истиннымъ новообразованіямъ. Развитіе ангіомы въ своемъ случаѣ *Devecchi* ставилъ въ связь съ имѣвшей мѣсто аномаліей при развитіи эмбріональныхъ сосудиковъ сердечнаго клапана. При этомъ онъ предполагалъ, что вмѣсто облитераціи, какъ это имѣетъ мѣсто при нормальныхъ условіяхъ, эти сосудики, наоборотъ, стали расти и привели къ развитію истиннаго сосудистаго новообразованія—гемангіомы.

Такимъ образомъ, среди опухолей второй группы нѣтъ ни одной чистой гемангіомы, не говоря уже о томъ, что почти всѣ приведенныя мной опухоли не могутъ съ достовѣрностью быть причислены къ истиннымъ новообразованіямъ. Исключеніемъ является, повидимому, опухоль, описанная *Devecchi*, но, къ сожалѣнію, о ея строеніи я не имѣю достаточно подробныхъ свѣдѣній.

3) Наконецъ, къ третьей группѣ опухолей сердца мною отнесены случаи, описанные *Skrzeczka* 1857, *Czapek*'омъ 1891, *Г. Л. Іоанно* 1896 и *Lefas* 1898.

Skrzeczka нашелъ при вскрытіи мужчины 21 года въ области лѣваго края сердца губчатую массу, пронизывавшую всю стѣнку лѣваго желудочка. При микроскопическомъ изслѣдованіи этой массы оказалось, что мышечныя волокна сердца были раздвинуты многочисленными полостями, наполненными кровью, но не выстланными эндотеліемъ.

Авторъ назвалъ описанную имъ опухоль ангіомой, но самъ указалъ на возможность вторичнаго происхожденія этой „ангіомы“, именно на почвѣ имѣвшагося въ его случаѣ пери- и міокардита. По *Orth*'у (1887), *Méroz* и др., опухоль

Skrzeczka представляла собой рабдоміому съ сильнымъ развитіемъ сосудовъ. Наконецъ, *Kau* также исключаетъ опухоль *Skrzeczka* изъ числа гемангіомъ.

Czapek (первый случай) описалъ у 56-лѣтняго мужчины, умершаго отъ эмфиземы легкихъ, кавернознаго строенія опухоль, располагавшуюся въ подперикардіальной ткани верхушки сердца. Опухоль была рѣзко отграничена и простиралась между эпикардіемъ и міокардіемъ на протяженіи около шести квадратныхъ сантиметровъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ полостей кавернознаго вида, выстланныхъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью. Перегородки между полостями состояли изъ волокнистой соединительной ткани. Кромѣ того въ опухоли была найдена, по *Brenner*'у, слизистая и хрящевая ткань, при чемъ мѣстами опухоль напоминала, по мнѣнію *Czapek*'а, фиброхондрому. Діагнозъ: tumor cavernosus.

По *Weber*'у, приведенный случай является единственнымъ достовѣрнымъ наблюденіемъ сосудистой опухоли съ локализаціей въ желудочкѣ сердца. *Brenner* также причисляетъ опухоль, описанную *Czapek*'омъ, къ истиннымъ новообразованіямъ, но не къ гемангіомамъ, а къ хондромиксомамъ. *Méroz* же отнесъ опухоль *Czapek*'а къ миксомамъ.

Второй случай *Czapek*'а оказался богатой сосудами миксомой, расположенной въ области папиллярной мышцы трехстворчатаго клапана.

Д-ръ *Г. Л. Іоанно* демонстрировалъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Одессѣ изслѣдованный имъ случай ангіомы сердца.

Приводимыя ниже свѣдѣнія объ этомъ случаѣ сдѣлались мнѣ извѣстными изъ рукописи доклада[1]), которую авторъ мнѣ любезно предоставилъ. Кромѣ того, д-ръ *Г. Л. Іоанно* передалъ мнѣ нѣсколько окрашенныхъ (но, къ сожалѣнію, сильно выцвѣтшихъ), микроскопическихъ препаратовъ своего случая[2]), благодаря чему я получилъ возможность составить собственное мнѣніе о строеніи и сущности этой опухоли.

У мужчины 55 лѣтъ, болѣвшаго сифилисомъ и умершаго при явленіяхъ хроническаго интерстиціальнаго нефрита, въ стѣнкѣ лѣваго

---

[1]) Докладъ не былъ отпечатанъ.

[2]) За предоставленіе рукописи доклада и микроскопическихъ препаратовъ, а также за разрѣшеніе воспользоваться этимъ случаемъ приношу глубокоуважаемому д-ру *Г. Л. Іоанно* свою искреннюю благодарность.

желудочка сердца были найдены одинъ большой, величиной до 1 cm. въ діаметрѣ, и нѣсколько маленькихъ узловъ блѣдно-желтаго цвѣта. При разсматриваніи простымъ глазомъ, всѣ узлы казались рѣзко ограниченными. Сердце было сильно увеличено до размѣровъ cor bovinum и представляло явленія ясно выраженнаго хроническаго міокардита.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ міокардіи найдено разрастаніе молодой, богатой сосудами грануляціонной ткани, сдавленіе и атрофія мышечныхъ волоконъ и мѣстами превращеніе молодой соединительной ткани въ плотную фиброзную, бѣдную кровеносными капиллярами. Кромѣ того были найдены участки круглоклѣточнаго инфильтрата, особенно вблизи болѣе крупныхъ артеріальныхъ стволовъ, стѣнки которыхъ представлялись утолщенными. Маленкіе узелки оказались сплошь состоящими изъ молодой соединительной ткани, болѣе или менѣе богатой кровеносными сосудами. Въ большомъ узлѣ авторъ различаетъ двѣ части: периферическую, состоящую изъ растущей молодой соединительной ткани, и среднюю, почти исключительно состоящую изъ расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ капиллярнаго типа. Мѣстами между тонкими стѣнками сосудовъ расположено лишь ничтожное количество волоконъ соединительной ткани.

Г. Л. Іоанно высказалъ предположеніе, что большой узелъ представлялъ собой, вѣроятно, врожденную ангіому. Благодаря наличности интерстиціальнаго воспаленія, периферія этой ангіомы, по автору, приняла видъ фиброзной опухоли, тогда какъ центръ ея сохранилъ свой первичный характеръ.

На основаніи приведенныхъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія *Г. Л. Іоанно* и просмотра предоставленныхъ мнѣ микроскопическихъ препаратовъ, мнѣ казалось бы допустимымъ и иное толкованіе его случая.

По моему мнѣнію, въ данномъ случаѣ имѣется только одного характера процессъ: хроническій интерстиціальный эпи- и міокардитъ. Въ маленькихъ узлахъ процессъ фибрознаго превращенія молодой грануляціонной ткани представляется, очевидно, уже законченнымъ, тогда какъ въ большомъ узлѣ этотъ процессъ, повидимому, имѣлъ мѣсто только въ периферическихъ отдѣлахъ узла. Слѣдствіемъ же одновременнаго сморщиванія всего периферическаго пояса большого узла могла, по моему мнѣнію, явиться эксцентрически дѣйствовавшая тракція на центрально расположенные участки узла. Подъ вліяніемъ такой тракціи, несомнѣнно, уменьшалось давленіе со стороны межуточной ткани на стѣнки капилляровъ грануляціонной ткани, расположенной

въ центрѣ узла. Съ другой стороны, кровяное давленіе внутри капилляровъ осталось не измѣненнымъ. Подъ вліяніемъ напора крови и уменьшеннаго противодавленія со стороны тканей, окружавшихъ стѣнки капилляровъ, послѣднія неминуемо должны были растянуться, послѣдствіемъ чего явилось постепенное расширеніе полостей капилляровъ и постепенная атрофія межуточной ткани.

Приведенному объясненію развитія процесса совершенно соотвѣтствуетъ, по моему мнѣнію, и строеніе большого узла. Периферическая его часть состоитъ изъ фиброзной соединительной ткани, отъ которой по радіусамъ отходятъ плотные соединительнотканные тяжи, раздвинувшіе и замѣнившіе мышечныя волокна сердца. Центральная часть узла состоитъ изъ расширенныхъ кровеносныхъ полостей со стѣнками капиллярнаго типа и изъ ничтожнаго количества соединительной ткани.

На основаніи сказаннаго, я прихожу къ выводу, что большой узелъ по своему происхожденію ничѣмъ не отличается отъ малыхъ узловъ, которые, по мнѣнію самого автора, явились въ результатѣ фибрознаго превращенія молодой грануляціонной ткани, развившейся въ сердцѣ подъ вліяніемъ воспаленія. Разница въ строеніи между маленькими и большимъ узломъ зависитъ, по моему мнѣнію, отъ того, что въ послѣднемъ фиброзное превращеніе грануляціонной ткани началось, и при томъ равномѣрно, во всѣхъ периферическихъ его отдѣлахъ, благодаря чему получилось нарушеніе равновѣсія между отдѣльными составными частями (капиллярами и межуточнымъ веществомъ) грануляціонной ткани.

Такимъ образомъ, узелъ, описанный *Г. Л. Іоанно*, какъ ангіома сердца, на самомъ дѣлѣ, по моему мнѣнію, развился въ результатѣ воспаленія и только по морфологическому своему виду симулировалъ гемангіому.

Lefas описалъ разрывъ перикардіальной гемангіомы и послѣдовавшую за тѣмъ смерть у одной 76-лѣтней женщины.

Опухоль сидѣла въ висцеральномъ листкѣ перикардія лѣваго предсердія, макроскопически имѣла видъ свѣжаго сгустка крови, а при микроскопическомъ изслѣдованіи (*Letulle*) оказалась „телеангіэктазіей“.

Къ сожалѣнію, въ доступномъ для меня рефератѣ до-

клада *Lefas* отсутствуетъ описаніе микроскопическаго строенія этой опухоли.

Къ сказанному о гемангіомахъ сердца добавлю, что, по *Свѣчникову* (1908), *Усковъ* (1878/79) и *Борховъ* (1893) наблюдали по одному случаю кавернозныхъ гемангіомъ сердца и что *Traina* (1902) описалъ кавернозную гемангіому лѣваго желудочка сердца. Къ сожалѣнію, работы послѣднихъ трехъ авторовъ, а также работа *Schmidt*'а (1909) остались для меня недоступными какъ въ оригиналахъ, такъ и въ рефератахъ.

Изъ всего изложеннаго видно, что, за исключеніемъ случаевъ *Devecchi*, *Lefas*, *Traina*, *Ускова* и *Борхова*, описаніе которыхъ мнѣ не было доступно, всѣ опухоли, приведенныя остальными, упомянутыми мною выше, авторами подъ названіемъ „ангіомъ сердца", въ сущности не принадлежатъ ни къ истиннымъ новообразованіямъ, ни къ гамартомамъ, а получили свое развитіе въ результатѣ различныхъ другихъ патологическихъ процессовъ въ сердцѣ: расширенія предсуществовавшихъ сосудовъ, организаціи марантическихъ тромбовъ, воспалительныхъ измѣненій въ сердечныхъ стѣнкахъ и т. п.

Литература. 1857. **Skrzeczka.** Eigenthümliche cavernöse Entartung der Muskelsubstanz des Herzens. V.A. 11. p. 181—184. — 1861. **Wagner.** см. Weber. — 1876. **Wiegandt.** Zur Kasuistik der primären Neubildungen im Herzen. Pet.m.W. № 19. см. Brenner и Méroz. — 1878. **Salvioli.** Osservaz. di anat. path. Missoma teleangiectatico dell'endocardio auricolare. Rivist. clin. di Bologna. Ottobre. X. см. ibidem. — 1878/79. **Усковъ.** Отчетъ засѣданій общества морскихъ врачей въ Кронштадтѣ. см. Свѣчниковъ и Méroz. — 1880. **Boström.** Beiträge zur pathol.-anat. Kasuistik. IV. Primäres Myxom des linken Vorhofs. Sitzungsber. d. physik.-chem. Soz. zu Erlangen. Juli. см. Brenner, Méroz и др. — 1881. **Virchow.** Bericht über das Leichenhaus des Charité-Krankenhauses für das Jahr 1879. Charité-An. VI. см. ibidem. — 1887. **Langer.** Ueber die Blutgefässe in den Herzklappen bei Endocarditis valvularis. V.A. 109. p. 465—476. — 1887. **Orth.** см. стр. 306; I. p. 201. — 1889. **Zahn.** Mitteilungen aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Genf. 3. Ueber einen Fall von Phlebektasie im rechten Vorhof. V.A. 115. p. 55—57. — 1891. **Zahn.** Mitteilungen aus d. path.-anat. Institut zu Genf. 4) Ueber die Ursachen der Varicenbildung im rechten Vorhof. V.A. 124. p. 259—264. — 1891. **Czapek.** Zur pathologischen Anatomie der primären Herzgeschwülste. Pr.m.W. № 39 и 40. см. C. Path. 1892. p. 133 и 420; Weber; Hagedorn; Brenner; Méroz и др. — 1891. **Jürgens.** Zur Casuistik

der primären Herzgeschwülste. B.kl.W. № 42. p. 1031—1034. — 1892. **Rindfleisch**. Varicen mit Venensteinbildung im rechten Vorhof. V.A. 129. p. 33—39. — 1893. **Tedeschi**. Beitrag zum Studium der Herzgeschwülste. Pr.m.W. № 11 и 12. см. Méroz и др. — 1893. **Борховъ**. Случай кавернозной ангіомы сердца. Больничная газета Боткина. № 27. см. Свѣчниковъ. — 1894. **Marchand**. Zur Kenntniss der Embolie und Thrombose der Gehirnarterien, zugleich ein Beitrag zur Kasuistik der primären Herztumoren und der gekreuzten Embolie. B.kl.W. № 1 3. см. Brenner, Méroz и др. — 1894. **Tannenhain**. Verhandl. d. 66 Versammlung d. Naturforscher u. Ärzte zu Wien. см. Brenner. — 1895. **Boström**. Thrombenähnliche Bildungen des Herzens. A. kl. Med. 55. см. Weber. — 1896. **Г. Л. Іоанно**. Случай ангіомы сердца. Докладъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Одессѣ. Рукопись. — 1897. **Ribbert**. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Herzens. V.A. 147. p. 193. — 1898. **Rau**. Casuistische Mittheilungen von der Prosectur des Katharinenhospitals in Stuttgart. 1. Fall. Cavernöses Angiom im rechten Herz-Vorhof. V.A. 153. p. 22—24. — 1898. **Drasche**. Über Aneurysmen an den Herzklappen. W.kl.W. № 45. см. V.J.O 37. p. 175. — 1898. **Lefas**. Mort subite par rupture d'angiome péricardique. Soc. anat. 17. VI. LXXIII. Série V. Tome XII. Fasc. 12. p. 464—466. см. C. Path. 1900. p. 72. — 1898. **Guth**. Über einen Fall von papillärem Myxom auf der Valvula tricusp. cordis. Pr.m.W. № 8. см. Brenner, Méroz и др. — 1899. **Steinhaus**. Ein Fall von primärem Myxohaemangioma hypertrophicum cordis. C. Path. X. p. 238—240. — 1900. **Kesselring**. Beiträge zur Kasuistik der Myxome des Herzens. I.D. Zürich. см. Brenner, Koechlin, Méroz и др. — 1900. **Jakobsthal**. Casuistische Mittheilungen. I. Primäres Fibromyxom des linken Vorhofes. V.A. 159. p. 351—360. — 1901. **Trespe**. Zur Kenntniss der primären Geschwülste des Endokards. Arbeiten a. d. pathol.-anat. Abteilung d. kön. hyg. Instit. in Posen. см. Brenner. p. 508; C. Path. 1903. p. 240 и др. — 1902. **Traina**. I tumori primitivi del cuore. La clin. med. № 2. см. C. Path. 1903. p. 675. — 1904. **Thorel**. Pathologie der Kreislauforgane. L.O.E. IX/1. p. 512. — 1905. **Geipel**. Varixbildung im rechten Ventrikel. C. Path. XVI. № 16 17. p. 650—651. — 1905. **Leonhardt**. Über Myxome des Herzens, insbesondere der Herzklappen. V.A. 181. p. 347—362. — 1907. **Blumgart**. A tumor of the mitral valve. Am. J. Sc. 134. p. 576. см. I.B. Chir. 1908. XIV. — 1907. **Brenner**. Das Haemangioelastomyxoma cordis und seine Stellung unter den Myxomen des Herzens. F.Z. I. 3 4. p. 492—526. (Содержитъ подробный перечень литературы). — 1907. **Weber**. Zwei Fälle von varikös-kavernösen Geschwülsten des septum atriorum. V.A. 187. p. 368—408. — 1908. **Hagedorn**. Ueber primäre Herztumoren. C. Path. XIX. № 20. p. 825. — 1908. **Karrenstein**. Ein Fall von Fibroelastomyxom des Herzens und Kasuistisches zur Frage der Herzgeschwülste, besonders der Myxome. V.A. 194. p. 127—150. (Содержитъ перечень литературы). — 1908. **Koechlin**. Über primäre Tumoren und papillomatöse Exkreszenzen der Herzklappen. F.Z. II. 2 3. p. 295—342. — 1908. **Nichols**. Angeiomata in valves of heart of a newly born child. J. of experimental medicine. 10. p. 368—370. — 1908. **Pennemann**. An. de la soc. de méd. de Gand. 10. см. L.O.E. 1909. XIII 2. p. 553. — 1908. **Blank**. Über kavernöse Hämangi-

оme mit besonderer Berücksichtigung ihres multiplen Vorkommens. I.D. Kiel. — 1908. **Свѣчниковъ**. см. стр. 179. — 1909. **Devecchi**. Tumori e pseudotumori connettivali dell' endocardio. Boll. d. soc. med. Bologna. № 11. см. C. Path. 1910. № 15. p. 701. — 1909. **Escher**. Zur Kenntniss der primären Geschwülste des Herzens. I.D. München. см. C. f. Herzkrankheiten. 1910. № 1. — 1909. **Schmidt**. Über primäre echte Geschwülste und Pseudogeschwülste des Herzens. I.D. Kiel. см. C. Path. — 1911. **Ehrenberg**. Zwei Fälle von Tumor im Herzen; ein Beitrag zur Kenntnis der Pathologie und Symptomatologie der Herztumoren. A. kl. Med. 103. 3/4. p. 293—312. — 1911. **Méroz**. Les tumeurs primitives du coeur. Etude anatomo-pathologique et clinique. R.S.R. XXXI. № 7. p. 457—475 и № 8. p. 541—568. (Содержитъ подробный перечень литературы). —

---

2. Гемангіомы большихъ кровеносныхъ сосудовъ. Наиболѣе часто описываются гемангіомы *венозныхъ* сосудовъ, такъ называемыя *флебогенныя* ангіомы (см. стр. 15 и 177).

Онѣ встрѣчаются преимущественно по ходу подкожныхъ венъ конечностей и бываютъ чаще множественными. Примѣры такихъ опухолей описаны рядомъ авторовъ, приведенныхъ мной на стр. 177.

Такія же „венозныя опухоли" описаны подъ названіемъ „сообщающихся" гемангіомъ въ области волосистой части головы. Рядъ случаевъ подобныхъ опухолей приведенъ мною въ главѣ VI-ой (см. стр. 111—113). По *Lannelongue* (1886) такихъ опухолей въ литературѣ описано около 20, по *Chipault* (1897), врожденныхъ венозныхъ опухолей, сообщающихся съ внутричерепными сосудистыми полостями, извѣстно всего 17. Въ послѣднее время такую опухоль оперировалъ *Eiselsberg* (1905). мною въ главѣ VI-ой не упомянутый.

Этотъ авторъ удалилъ у семнадцатилѣтней женщины опухоль, находившуюся въ области правой теменной кости. Опухоль оказалась мѣшкомъ, полость котораго сообщалась съ sinus longitudinalis и получила названіе haemangioma capitis.

О микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли въ рефератѣ доклада *Eiselsberg*'а ничего не сказано.

Кромѣ того описываются „флебогенныя" ангіомы и въ другихъ мѣстахъ тѣла. Относящіеся сюда случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, *Claude* 1895, *Ullmann* 1899 и 1900, *Martens* 1900, *Thorne* 1901, *Loos* 1901. *Tauber* 1905. *Pick* 1909 и др.

Claude наблюдалъ у 23-лѣтней женщины сосудистую опухоль

величиной съ лѣсной орѣхъ, которая сообщалась съ v. facialis. Авторъ назвалъ описанную имъ опухоль „angiome phlébogène" и „phlébome" и указалъ, что она напоминала цирсоидную аневризму. О томъ, было-ли произведено анатомическое изслѣдованіе этой опухоли, въ доступномъ для меня рефератѣ работы *Claude* ничего не сказано.

Случай *Ullmann* мною уже былъ приведенъ въ главѣ VI-ой (см. стр. 176). Напомню здѣсь только, что *Ullmann* считалъ свой случай единственнымъ въ литературѣ и допускалъ наличность особаго предрасположенія стѣнокъ венъ къ образованію сосудистыхъ опухолей (см. стр. 176, 177 и 178).

Martens описалъ кавернозную гемангіому, удаленную у мужчины 26 лѣтъ изъ области верхняго отдѣла грудной полости („obere Brustapertur"). Опухоль состояла изъ кавернозныхъ полостей, при чемъ большія полости сообщались, по автору, съ правой подключичной веной.

Въ доступныхъ мнѣ рефератахъ этого случая подробности строенія опухоли, изслѣдованной *Martens*'омъ, не приводятся. Укажу, что *Thorel* (1904) причислилъ ее къ первичнымъ опухолямъ венъ („primäre Venengeschwulst")[1].

Thorne и *Loos* наблюдали, повидимому, такія же единичныя опухоли венъ, первый—внутренней яремной, а второй—большой подкожной вены нижней конечности[2].

Къ сожалѣнію, мнѣ не были доступны ни оригиналы, ни рефераты работъ обоихъ послѣднихъ авторовъ.

Tauber демонстрировалъ больную 23 лѣтъ съ опухолью въ области правой щеки, которую онъ на основаніи только клиническаго изслѣдованія (опухоль была похожа на опухоль, оперированную *Eiselsberg*'омъ, см. стр. 251) назвалъ haemangioma cavernosum venosum capitis.

Діагнозъ *Tauber*'а не былъ провѣренъ анатомическимъ изслѣдованіемъ опухоли и поэтому долженъ быть оставленъ подъ сомнѣніемъ.

Pick описалъ чрезвычайно рѣдкій случай кавернозной гемангіомы стѣнки воротной вены.

При вскрытіи 57-лѣтней женщины, у которой лѣтъ за 20 до ея смерти появилось рѣзкое увеличеніе селезенки, было найдено полное отсутствіе воротной вены, вмѣсто которой въ lig. hepato-duodenale находилась „кавернöматознаго" характера опухоль, величиной съ гусиное яйцо.

---

[1]) *Thorel*. Pathologie der Kreislauforgane. B. Gefässe. II. Venen. L.O.E IX/1. 1904. p. 1116.

[2]) Случай послѣдняго автора мной былъ пропущенъ при перечисленіи сосудистыхъ опухолей нижнихъ конечностей (см. стр. 164—174) а потому упоминается мной здѣсь.

Опухоль была рѣзко отграничена отъ края печени, гдѣ изъ нея выходили вѣтви воротной вены, и отъ желчнаго пузыря, книзу же она проросла головку поджелудочной железы. Lig. hepato-gastricum было пронизано многочисленными извитыми, утолщенными и расширенными венами; вены желудка и пищевода также представлялись рѣзко расширенными. Печень была нормальной величины, застойна, по поверхности спаяна съ брюшиной. Селезенка была очень велика (23 cm. $\times$15,5 cm.$\times$10 cm.), вѣсила 1600 g. и также была спаяна съ брюшиной. *Пат.-анат. діагн.*. (въ извлеченіи): Tumor haemangiocavernomatosus ligamenti hepato-duodenalis et obliteratio totalis venae portarum. Tumor lienis chronicus permagnus. Phlebectasiae permagnae ligamenti hepato-gastrici et oesophagi cum ruptura duplici in oesophagum. Adhaesiones peritoneales circumsplenicae et circumhepaticae.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли печеночно-двѣнадцатиперстной связки, оказалось, что она состоитъ изъ многочисленныхъ кровеносныхъ полостей различной величины и формы, выстланныхъ однослойнымъ эндотеліемъ и раздѣленныхъ другъ отъ друга фиброзными перегородками. Въ послѣднихъ были видны довольно много эластическихъ волоконъ, затѣмъ жировыя дольки, рѣдкія небольшія артеріи и вены и въ нижнихъ частяхъ опухоли участки изъ клѣтокъ поджелудочной железы. Во многихъ мѣстахъ перегородки представлялись сильно утолщенными, что указываетъ, по автору, на соединительнотканную организацію и запустѣніе гемангіомы.

На основаніи своего изслѣдованія *Pick* пришелъ къ заключенію, что первично въ стѣнкѣ воротной вены сидѣла гемангіома, которая, постепенно разрастаясь, уничтожила воротную вену и проросла всю печеночно-двѣнадцатиперстную связку. Сама же гемангіома имѣла, по *Pick*'у, врожденное происхожденіе и должна быть причислена къ „флебогеннымъ“ гемангіомамъ.

Упомяну, что кавернозное превращеніе воротной вены и ея вѣтвей описано цѣлымъ рядомъ авторовъ (см. главу XIX-ую), но всегда какъ слѣдствіе организаціи тромбовъ этихъ сосудовъ.

Значительно рѣже въ литературѣ встрѣчаются указанія на гемангіомы большихъ *артеріальныхъ* сосудовъ.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, *Stoeber* 1908, *Ghon* 1908 и *Gallina* 1909.

Stoeber нашелъ при вскрытіи 64-лѣтней женщины, умершей отъ катарральной пнеймоніи, опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, расположенную на протяженіи около 4,5 cm. вдоль наружной поверхности начальной части нисходящей аорты. Опухоль была сине-черняго цвѣта, мягкой консистенціи и окружалась соединительнотканной капсулой, въ которой развѣтвлялись вѣтви art. intercostalis sin. III, прохо-

дившей позади опухоли. Послѣдняя со стѣнкой аорты была связана рыхлой соединительной тканью. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ полостей, выстланныхъ однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью. Мѣстами открывались участки изъ новообразованныхъ молодыхъ сосудовъ капиллярнаго типа, изъ которыхъ, повидимому, развивались сперва маленькія, а затѣмъ и большія полости.

Stoeber допускаетъ возможность образованія изслѣдованной имъ опухоли изъ отдѣлившагося зачатка первичной аорты. „Man kann", пишетъ этотъ авторъ, „an Isolation eines Gefässbildungskeimes, etwa an eine Absprengung von der primitiven Aorta denken" [1]).

Ghon нашелъ при вскрытіи 4½-мѣсячной дѣвочки различныя аномаліи развитія сосудистой системы (дефектъ въ перегородкѣ между желудочками сердца, stenosis art. pulmonalis, foramen ovale apertum, arcus aortae dexter, ductus arteriosus Botalli dexter и различныя неправильности отхожденія большихъ артерій и венъ) и многочисленныя врожденныя гемангіомы различныхъ отдѣловъ туловища (кожи лица, шеи и туловища, брыжейки и *грудной полости*). Въ грудной полости были найдены опухоли, расположенныя подплеврально по обѣимъ сторонамъ позвоночника и аорты. Эти опухоли представлялись дольчатыми, достигали ширины до трехъ пальцевъ и доходили книзу и справа до уровня верхняго края XII-го, а слѣва IX-го ребра. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что дольки опухоли состояли изъ многочисленныхъ, тѣсно другъ около друга группами расположенныхъ сосудовъ капиллярнаго типа, частью спавшихся, частью же растянутыхъ кровью. На микроскопическихъ препаратахъ было видно, что эти капилляры имѣли самое различное направленіе. Мѣстами встрѣчались группы сосудовъ не капиллярнаго типа, въ которыхъ, однако, эластической ткани не было найдено, мѣстами же имѣлись группы сосудовъ, въ которыхъ эластическія волокна открывались какъ въ стѣнкахъ сосудовъ, такъ и въ межуточной ткани между послѣдними.

По *Ghon*'у, эта опухоль должна быть причислена къ телеангіэктатической формѣ гемангіомъ. Въ виду расположенія множественныхъ гемангіомъ его случая на мѣстахъ, гдѣ нормально находится жировая ткань, авторъ думаетъ, что описанный имъ случай является примѣромъ такъ называемыхъ „липогенныхъ" гемангіомъ, впервые выдѣленныхъ *Virchow*'ымъ (1863) въ особую группу сосудистыхъ опухолей (см. стр. 15). Въ пользу такой классификаціи также гово-

[1]) *Stoeber*. Ein Haemangioma cavernosum neben der Aorta. C. Path. 1908. XIX. № 10. p. 420.

рять диффузное расположеніе опухолей, ихъ дольчатость и отсутствіе ихъ въ области конечностей.

По вопросу о происхожденіи описанныхъ имъ множественныхъ гемангіомъ *Ghon* не пришелъ къ опредѣленному выводу: „Unklar ist die formale (und kausale) Genese der multiplen Hämangiome“ [1]). Также не рѣшеннымъ считаетъ онъ вопросъ о связи между образованіемъ гемангіомъ и происхожденіемъ различныхъ аномалій развитія сосудистой системы, встрѣтившихся въ томъ же случаѣ.

Въ заключеніе своей работы *Ghon* указываетъ на то, что въ литературѣ ему не удалось найти описанія тождественнаго случая множественныхъ гемангіомъ.

Gallina нашелъ во время операціи у 37-лѣтней женщины шаровидную опухоль, величиной съ дѣтскую головку, расположенную въ лѣвой половинѣ живота позади брюшины. Макроскопически опухоль имѣла видъ кисты, наполненной серозно-кровянистымъ содержимымъ. При микроскопическомъ же изслѣдованіи оказалось, что киста образовалась, повидимому, послѣ повторныхъ кровоизліяній въ толщу гемангіомы, расположенной вблизи art. iliaca communis.

Въ доступномъ мнѣ рефератѣ работы *Gallina* отсутствуетъ описаніе микроскопическаго строенія интересующей насъ опухоли, а также не указано, къ какому виду гемангіомъ она принадлежала.

Здѣсь же упомяну о гемангіомахъ *средостѣнія*, описанныхъ *Devic и Tolot* (1906) и *Свѣчниковымъ* (1908).

Первые авторы описали у женщины 37 лѣтъ множественныя кавернозныя гемангіомы различныхъ мѣстъ туловища (см. стр. 273, 323, 362 и 390) и въ томъ числѣ средостѣнія („masses angiomateuses du médiastin“) [2]).

Къ сожалѣнію, авторы только вскользь упомянули о послѣдней локализаціи одной изъ опухолей изслѣдованнаго имъ случая и отдѣльно не приводятъ микроскопическаго описанія опухоли средостѣнія.

Свѣчниковъ также наблюдалъ у мальчика 13-ти лѣтъ множественныя кавернозныя гемангіомы различныхъ органовъ и въ ихъ числѣ опухоль съ половину грецкаго орѣха величиной, находившуюся въ клѣтчаткѣ передняго средостѣнія.

---

[1]) *Ghon*. Ueber eine seltene Entwicklungsstörung des Gefässsystems. P.G. 1908. XII. p. 247.

[2]) *Devic и Tolot*. Un cas d'angiosarcome etc. R. méd. 1906. XXVI. p. 256.

Свѣчниковъ также не приводитъ описанія гистологическаго строенія этой опухоли.

Наконецъ, къ настоящему отдѣлу мною отнесенъ чрезвычайно рѣдкій случай („ein bemerkenswertes Unikum")[1] *рацемозной ангіомы* нижней ячеечной артеріи лѣвой стороны, описанной *Schlagenhaufer*'омъ (1904).

Мужчина 26 лѣтъ скончался послѣ сильнѣйшихъ повторныхъ кровотеченій изъ опухоли нижней челюсти, несмотря на тампонаду, перевязку наружной сонной артеріи и перетяжку всей нижней челюсти двумя эластическими жгутами по *Mikulicz*'у. При вскрытіи art. alveolaris infer. sin. оказалась значительно утолщенной и растянутой. Она была инъицирована *Teichmann*'овской массой. На рентгеновскомъ снимкѣ, а также по удаленіи внутренней пластинки нижней челюсти, выяснилось, что art. alveolaris infer. непосредственно послѣ вхожденія въ нижнечелюстной каналъ начинаетъ извиваться и на дальнѣйшемъ протяженіи превращается въ клубокъ артеріальныхъ сосудовъ различнаго калибра. Art. dentales и art. mylohyoidea также оказываются утолщенными и распадаются на значительно бо́льшее число вѣтвей, чѣмъ обычно. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочка, вырѣзаннаго изъ сосудистаго клубка, обнаруживаются различной величины полости. Стѣнки однѣхъ полостей состоятъ только изъ слоя эндотелія, тогда какъ въ стѣнкахъ другихъ ясно различаются intima, media и adventitia. Между полостями находится плотная, бѣдная ядрами волокнистая соединительная ткань. Діагнозъ: angioma racemosum arteriae alveolaris infer. sin.

Особый интересъ приведеннаго случая состоитъ въ томъ, что это единственный извѣстный въ литературѣ случай рацемозной ангіомы, расположенной внутри кости. Въ виду же образованія опухоли въ предсуществующемъ костномъ каналѣ, этотъ случай мной выдѣленъ въ отдѣльную группу отъ обычно описываемыхъ гемангіомъ костей (см. стр. 196).

На основаніи всего изложеннаго можно сказать, что существуютъ, повидимому, рѣдкіе случаи, въ которыхъ какъ кавернозныя, такъ и простыя (телеангіэктатическія) гемангіомы развиваются въ непосредственной близости съ большими сосудистыми стволами и притомъ не только вблизи венъ, но и вблизи большихъ артерій (аорта, art. iliaca). Кромѣ того, мною приведенъ очень рѣдкій случай развитія артеріальной рацемозной ангіомы артеріи, расположенной

[1]) *Schlagenhaufer.* Ein Fall von Angioma racemosum der Arteria alveolaris inferior. V. A. 1904. Bd. 178. p. 451.

въ нормально существующемъ костномъ каналѣ. Отмѣчу, что большинство приведенныхъ авторовъ высказывается по вопросу объ этіологіи и генезѣ описанныхъ ими рѣдкихъ гемангіомъ въ пользу врожденнаго ихъ образованія на почвѣ неправильностей внутриутробнаго развитія сосудистыхъ зачатковъ.

Литература. 1863. **Virchow.** см. стр. 9. — 1886. **Lannelongue.** см. стр. 127. — 1895. **Claude.** Tumeurs veineuses de la face. Soc. anat. LXX. Série V. Tome IX/1. p. 62—66. см. C. Path. 1896. p. 40. — 1897. **Chipault.** см. Tauber. — 1899. **Ullmann.** см. стр. 179. — 1900. **Онъ-же.** см. стр. 179. — 1900. **Martens.** Über eine diagnostisch interessante Blutgefässgeschwulst an der oberen Brustapertur. D.Z. Chir. 54. p. 592. см. L.O.E. IX/1. p. 1116; V.I.B. 36. — 1901. **Thorne.** Angioma of the internal jugular vein, plugging of the lateral sinus and ligation of the vein. Occidental med. Times. XV. p. 37—39. см. C. Path. — 1901. **Loos.** Ein geschwulstartiger Varix im Gebiet der Vena saphena. B.B. 28. p. 154. см. C. Path. — 1904. **Thorel.** см. стр. 520. — 1904. **Schlagenhaufer.** Ein Fall von Angioma racemosum der Arteria alveolaris inferior. V.A. 178. p. 446—451. — 1905. **Eiselsberg.** G.A. Wien. 3.1. см. W.m.W. и Tauber. — 1905. **Tauber.** Haemangioma cavernosum venosum capitis. W.m.W. № 19. p. 938—942. — 1906. **Devic et Tolot.** см. стр. 334. — 1908. **Свѣчниковъ.** см. стр. 179. — 1908. **Stoeber.** Ein Haemangioma cavernosum neben der Aorta. C. Path. XIX. № 10. p. 419—420. — 1908. **Ghon.** см. стр. 474. — 1909. **Gallina.** Sopra un caso di cisti ematica retroperitoneale. см. C. Chir. № 41. p. 1429. — 1909. **Pick.** Über totale hämangiomatöse Obliteration des Pfortaderstammes und über hepatopetale Kollateralbahnen. V.A. 197. p. 490—530. — **Mikulicz.** см. Schlagenhaufer.

B. Рѣдкія гемангіомы органовъ движенія.

Казуистика гемангіомъ, расположенныхъ въ межмышечной жировой ткани. —Частота нахожденія опухолей сухожилій и сухожильныхъ влагалищъ. Казуистика гемангіомъ этихъ органовъ.—Казуистика гемангіомъ суставовъ. Ихъ локализація и распредѣленіе по полу и возрасту больныхъ. Микроскопическое строеніе гемангіомъ суставовъ.—Частота нахожденія опухолей слизистыхъ сумокъ. Отсутствіе достовѣрныхъ случаевъ гемангіомъ послѣднихъ: случай *Ranke*.

1. Гемангіомы въ межмышечной жировой ткани. Нѣкоторыми авторами (*Devilliers* 1876, *Audry* 1892 и др.) отмѣчено, что мышечныя гемангіомы прорастаютъ иногда ткани по окруж-

ности мышцъ, между прочими и межмышечную жировую ткань. Первичная же локализація гемангіомъ исключительно въ послѣдней принадлежитъ къ очень рѣдкимъ находкамъ. Въ доступной для меня литературѣ мнѣ удалось найти только двухъ авторовъ (*Hulke* 1883 и *Küttner*'а 1906), отмѣтившихъ подобную локализацію.

Hulke удалилъ у 22-лѣтней дѣвицы опухоль, находившуюся на локтевой сторонѣ праваго предплечья. Опухоль помѣщалась въ промежуткѣ между глубокими мышцами предплечья и состояла изъ жировой ткани, въ которой располагались многочисленныя расширенныя вены, сообщавшіяся многократно между собой.

Hulke назвалъ изслѣдованную имъ опухоль: angioma lipomatodes. Судя по описанію, можно предположить, что онъ удалилъ кавернозную гемангіому, находившуюся въ межмышечной жировой клѣтчаткѣ.

Küttner удалилъ у женщины 47 лѣтъ опухоль, находившуюся въ жировой ткани между musc. serratus anterior и musc. latissimus dorsi правой стороны. Припухлость въ этомъ мѣстѣ впервые была замѣчена за 3½ года до операціи. При макроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что въ жировой клѣтчаткѣ располагались отдѣльно другъ отъ друга пять кавернозныхъ опухолей величиной отъ просяного зерна до небольшой вишни. Микроскопическое изслѣдованіе опухолей произвелъ *Aschoff*. Среди жировой ткани найдены узлы изъ коллагенной соединительной ткани, расположенной въ видѣ перегородокъ между полостями кавернознаго вида. Всѣ полости были выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Въ перегородкахъ мѣстами находились артеріальные сосуды различнаго калибра, затѣмъ кое-гдѣ пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ и, наконецъ, въ одномъ мѣстѣ типическая костная балка.

По мнѣнію *Küttner*'а, въ описанномъ случаѣ опухоль несомнѣнно была врожденной и принадлежала къ истиннымъ порокамъ развитія („echte Gewebsmissbildung“)[1]. Наличность гладкой мышечной ткани и костной балки въ особенности говоритъ въ пользу послѣдняго мнѣнія, впервые установленнаго *Ribbert*'омъ (1898), для объясненія происхожденія гемангіомъ вообще. Усиленный ростъ опухоли въ сравнительно позднемъ періодѣ жизни *Küttner* связываетъ съ измѣненіями въ половой сферѣ, въ данномъ случаѣ съ наступленіемъ климактерическаго періода.

---

[1]) *Küttner*. Kavernöse Angiome etc. B.B. 1906. Bd. 51. p. 86.

Въ заключеніе отмѣчу, что *Küttner* считаетъ описанный имъ случай единственнымъ какъ въ хирургической, такъ и въ патолого-анатомической литературѣ.

Литература. 1876. **Devilliers**. Tumeur de la main etc. Soc. anat. p. 215. см. стр. 162; Küttner. p. 83. — 1892. **Audry**. Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche. A. prov. I. p. 125. см. стр. 162; Küttner. p. 83. — 1893. **Hulke**. A case of angioma lipomatodes of the arm. L. June. 3. см. V.I.B. 28. — 1898. **Ribbert**. см. стр. 307. — 1906. **Küttner**. Kavernöse Angiome des intermuskulären Fettgewebes mit partieller Knochenbildung. B.B. 51. p. 80—88. —

2. Гемангіомы сухожилій и сухожильныхъ влагалищъ. Опухоли *сухожилій* принадлежатъ къ чрезвычайно рѣдкимъ находкамъ. „Les observations de tumeurs des tendons“, пишетъ *Ombrédanne* (1907), „sont extrêmement rares et pour la plupart discutables“ [1]). Этотъ же авторъ указалъ, что описаны только двѣ несомнѣнныя первичныя опухоли сухожилій, именно двѣ саркомы. О гемангіомахъ сухожилій *Ombrédanne* совершенно не упоминаетъ.

Опухоли *сухожильныхъ влагалищъ* встрѣчаются нѣсколько чаще; по тому же *Ombrédanne*, описаны какъ доброкачественныя, такъ и злокачественныя ихъ новообразованія. На существованіе же сосудистыхъ опухолей сухожильныхъ влагалищъ у *Ombrédanne* нѣтъ никакихъ указаній.

Въ другихъ руководствахъ по хирургіи (*Duplay-Reclus* 1897, *Forgue и Reclus* 1902/03, *Bergmann*, *Bruns и др.* 1907, *Wullstein*, *Wilms и др.* 1908, *Bégouin*, *Bourgeois*, *Duval и др.* 1909/11), а также въ руководствахъ по патологической анатоміи (см. литературу на стр. 8, 9, 22, 23, 49, 50 и др.) мнѣ также не встрѣтилось указаній на существованіе гемангіомъ сухожилій и сухожильныхъ влагалищъ.

Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ описанія гемангіомъ этихъ органовъ, представленныя только *Pels-Leusden*'омъ (1907, два случая) и *Legg*'омъ (1908).

Pels-Leusden изслѣдовалъ веретенообразной формы узелки, уда-

[1]) *Ombrédanne*. Tendons. Néoplasmes. In D.D. 1907. IX. p. 129.

ленные имъ изъ сухожилія длиннаго сгибателя большого пальца правой руки у четырехлѣтней дѣвочки, у которой опухоль существовала 2 года, и у мальчика 2½ лѣтъ, у котораго опухоль была замѣчена впервые за 2 недѣли до операціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи строеніе обѣихъ опухолей оказалось одинаковымъ. Среди волоконъ сухожилій были найдены участки, состоявшіе изъ многочисленныхъ мелкихъ артерій и изъ капилляровъ. Просвѣты артерій и капилляровъ представлялись рѣзко суженными.

Pels-Leusden допускалъ возможность предположенія, что въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ имѣло мѣсто или недостаточное обратное развитіе, или же разрастаніе сосудовъ, находившихся въ сухожиліяхъ во время внутриутробнаго развитія организма.

Тотъ же авторъ говоритъ, что въ литературѣ онъ не нашелъ случаевъ, подобныхъ приведеннымъ.

Legg изслѣдовалъ три небольшія опухоли, величиною каждая съ горошину, удаленныя имъ у женщины 33 лѣтъ изъ сухожильнаго влагалища и сухожилія musc. peronei правой стороны. Эти опухоли появились впервые лѣтъ за пять до операціи, послѣ ушиба правой ноги. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухолей, была найдена жировая ткань, пронизанная многочисленными расширенными кровеносными сосудами. Діагнозъ: lipoma teleangiectaticum.

По *Legg*'у, существовала связь между травмой и образованіемъ опухоли.

Наконецъ, напомню, что *Gonin* (1899) описалъ богатую сосудами опухоль, развившуюся изъ сухожилія наружной прямой мышцы праваго глаза (см. стр. 485). Какъ мною было выяснено (см. тамъ же), опухоль *Gonin* была не гемангіома, а скорѣе всего фиброма, богатая сосудами.

Изъ приведенныхъ мною данныхъ видно, что какъ вообще первичныя новообразованія сухожилій и сухожильныхъ влагалищъ, такъ въ частности гемангіомы въ этихъ областяхъ являются чрезвычайно рѣдкими опухолями.

Литература. 1897/99. **Duplay, Reclus и др.** Traité de chirurgie. I–VIII. — 1899. **Gonin.** см. стр. 487. — 1902/03. **Forgue и Reclus.** Курсъ хирургической терапіи. I—IV. (Русскій переводъ). — 1907. **Ombrédanne.** Muscles, aponévroses, tendons, tissus péritendineux, bourses séreuses. In D.D. IX. — 1907. **Bergmann, Bruns и др.** Handbuch der praktischen Chirurgie. I—V. – 1907. **Pels-Leusden.** Ueber Sehnengeschwülstchen bei Kindern. D. m.W. № 1. p. 7. — 1908. **Legg.** A case of traumatic teleangiectasis of a tendon. Boston med. and surg. J. July. № 14. см. I.B.Chir. XIV; C. Chir. 1909. p. 32. — 1908/09. **Wullstein, Wilms и др.** Lehrbuch der Chirurgie. I—II. — 1909/11. **Bégouin, Bourgeois, Duval и др.** Précis de pathologie chirurgicale. I—III. —

3. Гемангіомы суставовъ. Гемангіомы суставовъ принадлежатъ къ рѣдкимъ находкамъ. Насколько мнѣ извѣстно, такія опухоли наблюдали слѣдующіе авторы: *Tripier* 1891, *Tillaux-Mathez* 1894, *Augagneur* 1894, *Duda* 1894, *Eve* 1903, *Zesas* 1906, *Gangolphe* 1907 и *Gangolphe u. Gaboud* 1907, *Seidener* 1910, *Reichel u. Nauwerek* 1911 и *Deutschlaender* 1912.

Относительно микроскопической картины опухолей, описанныхъ *Tripier*, *Tillaux-Mathez*, *Augagneur*, *Duda*, *Gangolphe* и *Gangolphe u. Gaboud* и *Deutschlaender*'а у меня свѣдѣній не имѣется.

Tripier удалилъ у 18-лѣтняго мужчины гемангіому, находившуюся въ капсулѣ праваго колѣннаго сустава и проросшую подкожную клѣтчатку и сухожиліе трехглавой мышцы.

Tillaux наблюдалъ „кавернозную венозную ангіому“, которую и описалъ *Mathez* въ своей диссертаціи.

Ангіома у мужчины 32 лѣтъ занимала область праваго колѣна и впервые была замѣчена, когда больному было три года. Величина опухоли была съ полъ-апельсина.

Gangolphe и *Gangolphe u. Gaboud* описали случай „околосуставной“ гемангіомы въ области колѣна. Опухоль захватила какъ синовіальную оболочку колѣннаго сустава, такъ и надкостницу бедра.

Deutschlaender демонстрировалъ въ обществѣ врачей въ Гамбургѣ врожденную кавернозную гемангіому колѣннаго сустава у молодой дѣвушки.

Относительно случаевъ гемангіомъ капсулы колѣннаго сустава, описанныхъ *Augagneur*'омъ и *Duda*, у меня не имѣется никакихъ свѣдѣній.

Подробности микроскопическаго строенія удаленныхъ гемангіомъ суставовъ приведены въ работахъ *Eve*, *Zesas*'а, *Seidener*'а и *Reichel u. Nauwerck*'а.

Eve описалъ пять случаевъ гемангіомъ въ области суставовъ, при чемъ въ трехъ изъ нихъ оказались опухоли въ поперечно-полосатыхъ мышцахъ, уже вторично проросшихъ фиброзную капсулу и синовіальную оболочку большихъ суставовъ (колѣна и локтя). Въ двухъ же случаяхъ опухоли локализировались только въ капсулѣ колѣннаго и локтевого сустава.

Въ одномъ случаѣ автора у 40-лѣтняго мужчины во время артротоміи лѣваго колѣна на внутренней его сторонѣ была найдена небольшая, круглая, желтаго цвѣта опухоль, локализировавшаяся въ капсулѣ сустава. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ широкихъ кровяныхъ полостей съ тонкими стѣн-

ками, расположенныхъ среди плотной соединительной ткани. Діагнозъ: „cavernous naevus“.

Во второмъ случаѣ автора у 23-лѣтней женщины была произведена артротомія лѣваго локтевого сустава и найдена небольшая опухоль въ синовіальной оболочкѣ на внутренней сторонѣ сустава, между olecranon и condylus internus. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ широкихъ кавернозныхъ полостей. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ были найдены флеболиты.

Zesas изслѣдовалъ опухоль, удаленную въ клиникѣ *Hoffa* у 25-лѣтняго мужчины изъ области внутренней поверхности праваго колѣннаго сустава. Опухоль занимала всю внутреннюю поверхность суставной капсулы на протяженіи около ладони и посылала отростки въ сосѣднія мышцы. Подъ микроскопомъ оказалось, что опухоль состояла изъ кровяныхъ полостей различной величины, выстланныхъ плоскимъ эндотеліемъ. Перегородки между полостями были пигментированы (результатъ бывшихъ кровоизліяній), синовіальная оболочка въ области опухоли представлялась утолщенной и также пигментированной. Діагнозъ: кавернозная гемангіома синовіальной оболочки.

По *Zesas*'у, описанный имъ случай является единственнымъ въ литературѣ.

Seidener описалъ подъ названіемъ „angio-cavernöse Geschwülste“ опухоли, удаленныя у мужчины 37 лѣтъ изъ капсулы праваго колѣннаго сустава. За 14 лѣтъ до операціи больной сильно ушибъ правое колѣно. Паціенту были сдѣланы двѣ операціи.

Сперва была удалена опухоль величиной съ куриное яйцо, расположенная внѣ сустава, богатая сосудами и состоявшая при микроскопическомъ изслѣдованіи изъ жировой ткани, многочисленныхъ соединительнотканныхъ тяжей, расширенныхъ сосудовъ и флеболитовъ. *Seidener* назвалъ эту опухоль кавернозной липомой.

Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца была произведена вторая операція, именно артротомія праваго колѣна. Оказалось, что капсула съ внутренней стороны сустава была толщиною около 1 cm. и состояла изъ кавернозной ткани. Такая же ткань занимала синовіальную оболочку соотвѣтствующаго отдѣла сустава и также представлялась состоящей изъ кавернознаго строенія ворсинокъ, длиною до 3—4 cm. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленныхъ кусочковъ, оказалось, что опухоль состояла изъ волокнистой и бѣдной ядрами соединительной ткани, среди которой находились полости неправильной формы, выстланныя плоскимъ эндотеліемъ. По мнѣнію *Seidener*'а, описанныя полости были венозными капиллярами или прекапиллярами. Мѣстами была найдена гиперплазія эндотелія капилляровъ, а въ межуточной ткани — скопленія бураго (кровероднаго) пигмента. Эту вторую опухоль *Seidener* назвалъ кавернозной папилломой.

По мнѣнію *Seidener*'а, послѣдствіемъ ушиба колѣна явились воспалительныя явленія въ суставной капсулѣ и образованіе грануляціонной ткани. Впослѣдствіи наступило обрат-

ное развитіе новообразованной соединительной ткани (ея сморщиваніе или ретракція, по *Rindfleisch*'у), растяженіе новообразованныхъ капиллярныхъ сосудовъ, разрывъ ихъ стѣнокъ и образованіе большихъ кровяныхъ полостей.

Reichel и *Nauwerck* описали очень подробно опухоль, удаленную первымъ изъ названныхъ авторовъ у мужчины 18 лѣтъ изъ синовіальной оболочки внутренней поверхности праваго колѣна, именно изъ области, находящейся между надколѣнной чашкой и внутренней боковой связкой колѣна. Послѣднее безъ видимой причины, года за два до операціи, начало исподволь пухнуть. Удаленная опухоль состояла изъ отдѣльныхъ шаровидныхъ узловъ, величиной отъ просяного зерна до грецкаго орѣха, расположенныхъ въ синовіальной оболочкѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи (*Nauwerck*) оказалось, что опухоль состояла изъ ворсинокъ синовіальной оболочки, въ которыхъ имѣлись въ большомъ количествѣ сосуды (артеріолы и вены) и сосудистыя полости кавернознаго типа. Послѣднія были выстланы однорядным эндотеліемъ и представляли собою расширенные кровеносные капилляры. Мѣстами были видны скопленія капилляровъ съ очень узкимъ просвѣтомъ или даже безъ просвѣта („enge oder der Lichtung entbehrende Capillaren", пишутъ оба автора, „gewissermaassen ein in der Differenzirung begriffenes angiomatöses Keimgewebe") [1]. По окружности опухоли находилась капсула, состоявшая изъ волокнистой, бѣдной ядрами соединительной ткани съ немногочисленными эластическими волокнами и мелкими кровеносными сосудами. Капсула со стороны сустава была выстлана однослойными многоугольными эндотеліальными клѣтками съ сильно красящимися ядрами. Мѣстами открывались кучки пигмента (гемосидерина), мѣстами были видны участки, состоявшіе преимущественно изъ плотной, частью гіалиново перерожденной соединительной ткани. Среди послѣдней отмѣчалось большое количество заросшихъ артеріальныхъ сосудовъ. Въ стѣнкахъ послѣднихъ найдены многочисленныя эластическія волокна.

По мнѣнію авторовъ, описанная ими опухоль является „папиллярно-полипозной гемангіомой", болѣе старые участки которой представлялись въ видѣ фиброангіомы. Исходнымъ пунктомъ опухоли явились ворсинки синовіальной оболочки сустава.

Reichel указываетъ, что ему не удалось въ доступной ему литературѣ найти вторую опухоль, подобную той, которую онъ самъ описалъ.

Изъ приведеннаго видно, что сосудистыя опухоли фиброзной капсулы и, главнымъ образомъ, синовіальныхъ

---

[1]) *Reichel* и *Nauwerck*. Eine echte Zottengeschwulst (Angiofibrom) des Kniegelenks. A.Chir. 1911. p. 901.

оболочекъ суставовъ описаны цѣлымъ рядомъ авторовъ. Иногда опухоли, исходя изъ синовіальной оболочки, прорастаютъ близлежащія мышцы (случай *Zesas*'а), иногда же онѣ, наоборотъ, исходятъ изъ мышцъ и лишь вторично захватываютъ капсулу суставовъ (три случая *Eve*, см. стр. 531). Наконецъ, въ случаѣ, описанномъ *Gangolphe*, а также и *Gangolphe и Gaboud*, опухоль, надо думать, одновременно локализировалась какъ въ синовіальной оболочкѣ колѣна, такъ и въ надкостницѣ бедреной кости. Всѣ тѣ опухоли, которыя были подвергнуты гистологическому изслѣдованію, были удалены при помощи артротомій. Четыре раза были оперирированы колѣнные суставы и разъ—локтевой суставъ.

Четыре гемангіомы были найдены у мужчинъ (18, 25, 37 и 40 лѣтъ) и одна у женщины (20-ти лѣтъ).

Во всѣхъ пяти случаяхъ, описанныхъ *Eve* (два случая), *Zesas*'омъ, *Seidener*'омъ и *Reichel*'емъ *и Nauwerck*'омъ, опухоли оказались построенными по одному и тому же типу: онѣ представлялись въ видѣ утолщенныхъ ворсинъ синовіальной оболочки, имѣли небольшую величину и подъ микроскопомъ оказывались состоящими изъ многочисленныхъ кавернозныхъ полостей капиллярнаго типа. Полости были наполнены кровью, въ нѣкоторыхъ (во второмъ случаѣ *Eve*) были найдены флеболиты. Межуточная ткань въ нѣкоторыхъ изъ этихъ опухолей представлялась плотной, бѣдной ядрами и гіалиново перерожденной (*Eve*—первый случай, *Reichel и Nauwerck*). Въ случаяхъ *Zesas*'а и *Seidener*'а отмѣчено большое количество кровероднаго пигмента въ межуточной ткани опухоли. Капсулу по периферіи опухоли видѣли только *Reichel и Nauwerck*. Наличность капсулы объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что опухоль, описанная обоими упомянутыми авторами, находилась въ стадіи далеко зашедшаго обратнаго развитія. На послѣднее обстоятельство указываетъ также рѣзкая облитерація многочисленныхъ артеріальныхъ сосудовъ въ предѣлахъ самой опухоли, а также значительное развитіе плотной соединительной ткани.

Итакъ, кавернозныя гемангіомы суставовъ, изслѣдованныя нѣкоторыми авторами, дѣйствительно являются рѣдкими образованіями, при чемъ по строенію онѣ очень сходны съ кавернозными гемангіомами остальныхъ органовъ человѣка.

Литература. 1891. **Tripier**. Angiome capsulaire de la face interne du genou gauche. Bull. de l'Acad. de méd. 7. IV. см. Mauclaire; M.B. p. 35; Mathez. p. 84 и др. — 1894. **Tillaux**. J. de méd. et de chir. prat. p. 93. см. Mauclaire; Mathez и др. — 1894. **Mathez**. см. стр. 49. — 1894. **Augagneur**. Lyon méd. p. 367. см. Mauclaire. p. 282. — 1894. **Duda** Ueber einen Fall von Angiom der Kniegelenkskapsel. I.D. Greifswald. см. C. Path. — 1903. **Eve**. Cases of angioma of synovial membranes and of muscle. Br. m.J. I. № 2211. p. 1143. — 1906. **Zesas**. Über eine seltene Geschwulst der Kniegelenkskapsel. D.Z. Chir. LXXXII. p. 267. — 1907. **Gangolphe**. Soc. de chir. de Lyon. см. Mauclaire. 1908. p. 265 и 1909. p. 282. — 1907. **Gangolphe et Gaboud**. Les angiomes juxta-articulaires du genou. De leur diagnostic. G.d.H. № 52. см. C. Chir. и I.B. Chir. — 1908. **Mauclaire**. см. стр. 205. — 1909. **Mauclaire**. Tumeurs articulaires. In Mauclaire et Dujarier. Maladies des articulations. D.D. VII. p. 282. — 1910. **Seidener**. см. стр. 64. — 1911. **Reichel und Nauwerck**. Eine echte Zottengeschwulst (Angiofibrom) des Kniegelenks. A. Chir. 95. p. 899—902. — 1912. **Deutschlaender**. Дем. Aerztlicher Verein zu Hamburg. 5. XI. Пр. in M.Kl. № 49. —

---

4. Гемангіомы слизистыхъ сумокъ. Первичныя новообразованія слизистыхъ сумокъ очень рѣдки. *Ranke* (1886) нашелъ въ доступной ему литературѣ 7 такихъ опухолей, а *Adrian* (1903)—19. Среди этихъ опухолей только одна, приведенная *Ranke*, была сосудистой и та исходила, собственно говоря, не изъ слизистой сумки sensu stricto, а изъ рубца, образовавшагося на мѣстѣ запустѣвшей гигромы. *Ombrédanne* (1907) исключилъ изъ числа первичныхъ новообразованій стѣнокъ слизистыхъ сумокъ нѣкоторые, по его мнѣнію, сомнительные случаи и приводитъ всего 15 случаевъ новообразованій слизистыхъ сумокъ, среди которыхъ гемангіомъ не имѣется.

Въ доступной мнѣ какъ хирургической, такъ и патолого-анатомической (см. стр. 529) литературѣ я также не нашелъ описаній случаевъ гемангіомъ слизистыхъ сумокъ, за исключеніемъ уже упомянутаго мной случая *Ranke*.

У женщины 24 лѣтъ на 19-омъ году ея жизни послѣ повторныхъ паденій на лѣвое колѣно появилась hygroma bursae praepatellaris, затѣмъ кровоизліяніе въ сумкѣ, воспалительныя явленія въ ней и, наконецъ, въ рубцѣ стала обнаруживаться растущая опухоль. Послѣдняя оказалась гемангіомой, развившейся въ рубцѣ, состоявшемъ изъ плотной, бѣдной ядрами, волокнистой соединительной ткани. Въ опухоли различались участки, представлявшіе строеніе простой гипертрофической гемангіомы (haemangioma capillare hyperplasticum) и участки кавернознаго характера. Послѣдніе соотвѣтствовали, по мнѣнію автора, болѣе старымъ участкамъ гемангіомы.

Какъ мною указано выше, *Ombrédanne* справедливо исключилъ приведенный случай изъ числа достовѣрныхъ случаевъ первичныхъ опухолей стѣнокъ слизистыхъ сумокъ.

На основаніи всего мною выше изложеннаго слѣдуетъ, что достовѣрные случаи первичныхъ гемангіомъ слизистыхъ сумокъ, насколько мнѣ извѣстно, до настоящаго времени въ литературѣ не были описаны.

Литература. 1886. **Ranke.** Ueber Geschwülste der Schleimbeutel. A. Chir. 33. p. 406. (Содержитъ перечень литературы). — 1903. **Adrian.** Ueber die von Schleimbeuteln ausgehenden Neubildungen. B.B. 38. p. 459. (Содержитъ перечень литературы). — 1907. **Ombrédanne.** см. стр. 530; Bourses séreuses, néoplasmes. p. 194—196. —

C. Гемангіомы железъ.

Отсутствіе литературныхъ данныхъ о гемангіомахъ потовыхъ и сальныхъ железъ, зобной, шишковидной и поджелудочной железъ. Отсутствіе описаній достовѣрныхъ случаевъ гемангіомъ щитовидной и каротидной железъ и литературныя указанія объ единичныхъ случаяхъ гемангіомъ лимфатическихъ железъ и придатка мозга.—Частота нахожденія и казуистика опухолей надпочечныхъ железъ. Гемангіомы этого органа: случаи *Payne* и *Петрова*.

1. Гемангіомы потовыхъ и сальныхъ железъ, зобной, шишковидной и поджелудочной железъ. *Landsteiner* (1906) собралъ свѣдѣнія объ опубликованныхъ случаяхъ доброкачественныхъ опухолей потовыхъ железъ, а *Münzer* (1911)—объ опухоляхъ шишковидной железы, при чемъ оба автора о гемангіомахъ этихъ органовъ даже не упоминаютъ.

Въ доступныхъ мнѣ руководствахъ по патологической анатоміи и хирургіи (см. стр. 529) также ничего не говорится о гемангіомахъ перечисленныхъ мною железистыхъ органовъ.

Литература. 1906. **Landsteiner.** Über Tumoren der Schweissdrüsen. Z. Beitr. XXXIX 2. p. 316—332. — 1911. **Münzer.** Die Zirbeldrüse. B. kl. W. № 37. p. 1669. —

2. Гемангіомы лимфатическихъ железъ, щитовидной и каротидной железъ и придатка мозга. Сосудистую опухоль въ *лимфатической железѣ* описалъ, насколько мнѣ извѣстно, только *Rouget* (1900).

Этотъ авторъ описалъ кавернозную гемангіому съ серозными кистами въ лимфатической железѣ, расположенной на шеѣ по ходу сонной артеріи.

Оригиналъ работы *Rouget* мнѣ, къ сожалѣнію, не былъ доступенъ.

О гемангіомахъ *щитовидной железы* въ руководствахъ по патологической анатоміи и хирургіи (см. стр. 529) совершенно не упоминается. Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ только работу *Genzmer*'а (1878), описавшаго ангіокавернозную струму.

Genzmer изслѣдовалъ участокъ струмы, который макроскопически представлялъ сходство съ кавернозной гемангіомой печени. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что въ упомянутомъ участкѣ кровеносные капилляры были расширены до величины большихъ полостей, а железистые элементы были сдавлены и частью атрофированы.

Тотъ же авторъ наблюдалъ еще нѣсколько опухолей щитовидной железы, но съ менѣе интенсивнымъ кавернознымъ измѣненіемъ капилляровъ, и приводитъ еще подобный случай, изслѣдованный *Ziegler*'омъ.

Изъ описанія *Genzmer*'а и изъ приложенныхъ къ его статьѣ рисунковъ видно, что описанныя имъ опухоли представляютъ собой не гемангіомы, а лишь струмы съ расширенными до величины большихъ полостей капиллярами.

Относительно опухолей, развивающихся изъ *каротидной железы*, имѣются многочисленныя работы, въ которыхъ авторы причисляютъ своеобразныя опухоли названнаго органа къ различнымъ видамъ новообразованій. О гемангіомахъ большинство авторовъ (*Paltauf* 1892, *Синюшинъ* 1901, *Mönckeberg* 1905 и др.) совсѣмъ не упоминаетъ. Одинъ только *Licini* (1908), собравшій свѣдѣнія о 29 подобныхъ случаяхъ, оперированныхъ разными авторами, указалъ, что относительно одного изъ нихъ былъ поставленъ діагнозъ гемангіомы.

Въ описанномъ имъ самимъ случаѣ были произведены двѣ операціи. При первой былъ удаленъ (въ Бразиліи) пробный кусочекъ опухоли, которая, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія ку-

сочка, была причислена къ „ангіомамъ". При второй операціи, произведенной *Kocher*'омъ, была удалена вся опухоль каротидной железы, при чемъ при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль была построена по типу нормальной каротидной железы. Поэтому опухоль получила названіе: struma glandulae intercaroticae.

Въ *придаткѣ мозга* описываются, по словамъ *Münzer*'а (1910), „каверномы". Къ сожалѣнію, *Münzer* не приводитъ фамилій авторовъ, опубликовавшихъ такіе случаи, мнѣ же въ доступной для меня литературѣ не удалось встрѣтить описаній гемангіомъ мозгового придатка.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что въ лимфатическихъ железахъ и въ придаткѣ мозга, повидимому, наблюдались гемангіомы, тогда какъ опухоли, описанныя подъ названіемъ ангіомъ щитовидной и каротидной железъ, на самомъ дѣлѣ, не были гемангіомами.

Литература. 1878. **Genzmer.** Struma angio-cavernosa. V.A. 74. p. 543—544. — 1892. **Paltauf.** Ueber Geschwülste der Glandula carotica nebst einem Beitrage zur Histologie und Entwickelungsgeschichte derselben. Z. Beitr. XI. p. 260—301. — 1900. **Rouget.** Angiome caverneux avec kystes séreux dans un ganglion lymphatique précarotidien. J. de méd. de Bordeaux. 30. p. 661—663. см. C. Path. — 1901. **Синюшинъ.** Опухоли, развивающіяся на почвѣ каротидной железы (glandula carotica). Л.Р.Х. Т. VI. p. 856. — 1905. **Mönckeberg.** Die Tumoren der Glandula carotica. Z. Beitr. XXXVIII. p. 1—66. (Содержитъ подробный перечень литературы). — 1908. **Licini.** Über einen Tumor der Glandula carotica. D.Z.Chir. 96. p. 327. (Содержитъ перечень литературы). — 1910. **Münzer.** Die Hypophysis. (Sammelreferat). B.kl.W. p. 393. — **Ziegler.** см. Genzmer. —

---

3. Гемангіомы надпочечныхъ железъ. Опухоли надпочечныхъ железъ встрѣчаются рѣдко, при чемъ первичныя опухоли, по *Hartmann*'у *и Lecène* (1904), плохо изучены. Приведенные авторы указываютъ, что *Williams* нашелъ лишь одну первичную опухоль надпочечниковъ на 8378 вскрытій лицъ, страдавшихъ раками различныхъ органовъ. *Брюхановъ* (1899) въ своей работѣ, посвященной первичнымъ опухолямъ надпочечниковъ, приводитъ 33 случая такихъ опухолей, встрѣтившихся *Chiari* въ Прагѣ за 15 лѣтъ. Изъ нихъ 25 оказались доброкачественными гиперплазіями надпочечниковой ткани (аденомы, струмы). Одна только опухоль изъ

числа остальныхъ почти исключительно состояла изъ капиллярныхъ сосудовъ, почему *Брюхановъ* и назвалъ ее ангіосаркомой. Однако самъ *Брюхановъ* при этомъ отмѣчаетъ, что онъ вовсе не считаетъ данное имъ названіе опредѣляющимъ истинную природу этой опухоли, которую онъ относитъ къ новообразованіямъ sui generis — къ гипернефромамъ. Такого же строенія опухоль была, по *Брюханову*, описана *Kelly* (1898) подъ названіемъ гипернефромы почки.

О чистыхъ же гемангіомахъ надпочечника *Брюхановъ* ничего не говоритъ.

Н. В. Петровъ (1899) перечисляетъ рядъ опухолей, описанныхъ въ надпочечныхъ железахъ („...кромѣ туберкулеза", пишетъ онъ, „описаны: аденома, гліома, гангліозная неврома, гангліо-фиброміома, липома, первичная и вторичная саркома, миксосаркома, фиброміксосаркома, ангіосаркома, лимфосаркома, первичный и вторичный ракъ, лимфангіома, киста и гумма")[1]). До 1899 г., по *Петрову*, въ литературѣ не имѣлось указаній относительно кавернозныхъ ангіомъ надпочечниковъ.

Hartmann и Lecène въ своей работѣ сообщаютъ о 48 извѣстныхъ въ литературѣ случаяхъ, изъ которыхъ одни были первичными злокачественными опухолями надпочечниковъ (27 саркомъ и 16 раковъ или эпителіомъ), другіе же —доброкачественными. Большую часть послѣднихъ опухолей составляютъ, по этимъ авторамъ, аденомы, тогда какъ остальныя очень рѣдки и не представляютъ большого интереса. („elles sont fort rares", пишутъ приведенные авторы, „et ne présentent qu'un intérêt très restreint")[2]). Изъ доброкачественныхъ опухолей надпочечниковъ другого строенія описаны слѣдующія: фибромы, липомы (единичные случаи) и въ одномъ случаѣ (*Payne*) – гемангіома.

Наконецъ, по *Никифорову* (1913), въ надпочечныхъ железахъ, кромѣ гиперплазіи ткани железы (struma suprarena-

---

[1]) *Петровъ*. Случай Аддисоновой болѣзни. Кавернозная ангіома обѣихъ надпочечныхъ железъ и печени. Больничная газета Боткина. 1899. X. № 30. столбецъ 1239.

[2]) *Hartmann и Lecène*. Les tumeurs de la capsule surrénale. In Travaux de chirurgie anatomo-clinique. II. 1904. p. 17.

lis), встрѣчаются еще гліомы и опухоли саркоматознаго характера. О сосудистыхъ опухоляхъ надпочечныхъ железъ *Никифоровъ* не упоминаетъ.

Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ свѣдѣнія только о двухъ случаяхъ гемангіомъ надпочечниковъ, описанныхъ *Payne* (1869) и *Петровымъ* (1899).

Payne сообщилъ объ одномъ случаѣ множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ, найденныхъ у женщины 25 лѣтъ въ обоихъ *надпочечникахъ* и въ нѣкоторыхъ другихъ органахъ полости живота (см. стр 373, 376 и 382).

Въ виду недоступности для меня оригинала и краткости рефератовъ работы *Payne*, у меня нѣтъ никакихъ свѣдѣній о микроскопическомъ строеніи сосудистыхъ опухолей, описанныхъ этимъ авторомъ. Мнѣ извѣстно лишь то, что онъ называлъ эти опухоли „naevi“ и предполагалъ, что онѣ произошли, благодаря сдавленію брюшныхъ венъ. *(?)*.

Петровъ нашелъ при вскрытіи женщины 38 лѣтъ, умершей при явленіяхъ Аддисоновой болѣзни, одну большаго размѣра кавернозную гемангіому въ печени и меньшаго размѣра такія же опухоли въ надпочечныхъ железахъ. Въ правой железѣ гемангіома развилась въ корковомъ слоѣ, въ лѣвой—въ мозговомъ веществѣ. Строеніе всѣхъ трехъ опухолей оказалось въ общемъ сходнымъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, среди элементовъ надпочечниковой ткани были найдены большія полости, стѣнки которыхъ состояли изъ соединительной ткани съ небольшимъ количествомъ клѣтокъ и имѣли на внутренней поверхности эндотеліальный покровъ. Содержимое въ однѣхъ полостяхъ состояло изъ крови, въ другихъ — изъ тромбовъ. Кромѣ большихъ полостей открывались также маленькія, неправильной формы, наполненныя кровью. Стѣнки маленькихъ полостей представляли такое же строеніе, какъ стѣнки большихъ. Въ обѣихъ надпочечныхъ железахъ наблюдалась какъ сильная атрофія, объясняющаяся, по *Петрову*, давленіемъ опухоли на паренхиму и разстройствомъ кровообращенія въ железахъ, такъ и компенсаторная частичная гипертрофія и гиперплазія тканевыхъ элементовъ железъ.

Такимъ образомъ въ приведенныхъ двухъ случаяхъ (*Payne* и *Петрова*) гемангіомы описаны въ *обоихъ* надпочечникахъ у женщинъ, у которыхъ были найдены множественныя гемангіомы различныхъ органовъ тѣла.

Петровъ также обратилъ вниманіе на совмѣстное существованіе въ его случаѣ какъ гемангіомъ надпочечниковъ, такъ и кавернозной гемангіомы печени. При этомъ онъ высказалъ предположеніе, что „такъ какъ эти опухоли связи другъ съ другомъ не имѣли, то нужно предположить въ

этомъ случаѣ какое-то особое расположенiе къ образованiю ангiомъ“ [1]).

Литература. 1869. **Payne**. см. стр. 380. — 1898. **Kelly**. Ueber Hypernephrome der Milz. Z. Beitr. 32. p. 297. — 1899. **Брюхановъ**. О первичныхъ опухоляхъ надпочечниковъ. Дисс. С.П. (см. ниже). — 1899. **Онъ-же**. Zur Kenntniss der primären Nebennierengeschwülste. Z.f.H. XX/1. — 1899. **Петровъ**. Случай Аддисоновой болѣзни. Кавернозная ангiома обѣихъ надпочечныхъ железъ и печени. Больничная Газета Боткина. X. № 30. 28. VII. столбецъ 1239—1244. — 1904. **Hartmann et Lecène**. Les tumeurs de la capsule surrénale. In Hartmann. Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Deuxième série. — 1913. **Никифоровъ**. см. стр. 309. —

D. Рѣдкая локализацiя гемангiомъ въ нѣкоторыхъ другихъ органахъ.

Гемангiомы периферической нервной системы: случай *Michael*'я.—Отсутствiе литературныхъ данныхъ о достовѣрныхъ случаяхъ гемангiомъ средняго уха.—Гемангiома пупочнаго канатика: случай *Herweg*'а.

1. Гемангiомы периферической нервной системы. Первичныя новообразованiя периферической нервной системы встрѣчаются не особенно часто, при чемъ въ большинствѣ случаевъ находятъ новообразованiя смѣшаннаго характера, въ которыхъ происходитъ одновременное разрастанiе нервныхъ и соединительнотканныхъ элементовъ (*Ziegler* 1906, *Martel* 1910 и мн. др.). Среди опухолей, исходящихъ изъ оболочекъ нервовъ, описываются и такiя, въ которыхъ было найдено одновременное сильное разрастанiе и сосудовъ (такъ называемые телеангiэктатическiе подвиды различныхъ опухолей).

Иногда гемангiомы вторично захватываютъ нервы и прорастаютъ ихъ; таковы, напримѣръ, случаи, описанные *Cruveilhier* 1833/42, *Tillaux* 1861, *Magon* 1875, *Audry* 1892, *Wagner*'омъ 1894 и др. (см. стр. 158 и 223).

Первичную гемангiому нервнаго ствола описалъ, насколько мнѣ извѣстно, только *Michael* (1901) подъ названi-

[1]) *Петровъ*. l. с. столбецъ 1243.

емъ: „diffuses cavernöses Hämangiom des Nervus suralis“ [1]). Этотъ же авторъ указалъ на чрезвычайную рѣдкость описаннаго имъ случая: „ein in seinem speziellen Charakter“, пишетъ *Michael*, „wohl vereinzelter Fall von Gefässgeschwulst der Nervenscheiden“ [2]).

У дѣвочки 13 лѣтъ оперативно (*Friedrich* и *Sthamer*) въ два пріема была удалена не ясно отграниченная опухоль, находившаяся въ задней части нижней трети лѣвой голени. При осмотрѣ простымъ глазомъ было видно, что мышца и сухожиліе икроножной мышцы, а также nervus suralis проращены плотно-варикозными сплетеніями („narbig-varicöse Geflechte“) [3]). Нервъ на протяженіи около 8 cm. оказался утолщеннымъ раза въ $2^{1}/_{2}$ по сравненію съ нормальнымъ и былъ пронизанъ многочисленными „флебэктазіями“. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что мышца и фасція по сосѣдству съ нервомъ пронизаны кровеносными полостями, выстланными однорядныимъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей состоятъ мѣстами только изъ волокнистой и эластической ткани, мѣстами же среди послѣдней находятся различной толщины слои гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Кромѣ того автору удалось прослѣдить связь, существовавшую между полостями и просвѣтами артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ, наполненныхъ кровью, а также удалось обнаружить постепенный переходъ стѣнокъ полостей въ стѣнки артерій или венъ. Въ соединительной ткани между полостями имѣлись участки круглоклѣточнаго инфильтрата. При микроскопическомъ изслѣдованіи нерва, въ немъ также были найдены кавернозныя, наполненныя кровью, полости, расположенныя среди волокнистой, бѣдной ядрами соединительной ткани. Послѣдняя раздвигала нервные пучки на отдѣльныя группы волоконъ, мѣстами, по-видимому, сдавливая ихъ.

На основаніи своего изслѣдованія, *Michael* пришелъ къ заключенію, что въ его случаѣ кавернозная гемангіома развилась первично въ нервѣ изъ сосудистой системы соединительной ткани послѣдняго („die vorliegenden multiplen Cavernome“, пишетъ *Michael*, „können nur dem Gefässsystem des Nervenbindegewebes entstammen“) [4]). Узлы опухоли, найденные въ случаѣ *Michael*'я въ мышцѣ и сухожиліи, являются, по автору, самостоятельными гемангіомами, такъ какъ ему не удалось найти связи между ними и гемангіомой нерва.

---

[1]) *Michael*. Zur Frage der Beteiligung des Blutgefässsystems etc. I.D. Leipzig. 1901. p. 6.

[2]) *Michael*. l. c. ibidem.

[3]) *Michael*. l. c. p. 9.

[4]) *Michael*. l. c. p. 19.

Такимъ образомъ *Michael* причисляетъ гемангіомы своего случая къ множественнымъ гемангіомамъ: „Unser Fall“, пишетъ онъ, „von multipler, diffuser Cavernomentwicklung etc.“[1]).

Что касается вопроса объ этіологіи изслѣдованной опухоли, то авторъ высказался въ пользу того, что она была врожденная.

Изъ сказаннаго видно, что до сихъ поръ описана лишь одна гемангіома периферической нервной системы и то одновременно съ гемангіомами, расположенными въ сосѣднихъ частяхъ.

Литература. 1833/42. **Cruveilhier**. см. стр. 161; Livr. XXX. pl. 5; см. Michael. — 1861. **Tillaux**. см. стр. 226. — 1875. **Magon**. см. ibidem. — 1892. **Audry**. см. стр. 529. — 1894. **Wagner**. см. стр. 163. — 1906. **Ziegler**. см. стр. 308. — 1901. **Michael**. Zur Frage der Beteiligung des Blutgefässsystems am Aufbau interstitieller Nervengeschwülste (Diffuses Cavernom des Nerv. suralis). I.D. Leipzig. — 1910. **Martel**. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du nerf sciatique. Thèse. Paris. —

2. Гемангіомы средняго уха [2]). Въ среднемъ ухѣ описываются различныя опухоли, главнымъ образомъ полипы. Такъ, напримѣръ, *Kessel* (1869) изучилъ 22, *Steudener* (1869) — 43, *Moos и Steinbrügge* (1883) — 100 такихъ полиповъ. Большинство авторовъ высказывается въ пользу того, что почти всѣ полипы образуются изъ грануляціонной ткани. *Moos и Steinbrügge* различали среди изслѣдованныхъ ими полиповъ средняго уха 55 грануляціонныхъ опухолей, 14 фибромъ, 4 миксомы и 27 ангіофибромъ. Послѣдній видъ полиповъ уха былъ впервые выдѣленъ отъ остальныхъ обоими, только что упомянутыми авторами, которые, однако, также считаютъ, что эти полипы произошли въ результатѣ дальнѣйшихъ превращеній грануляціонной ткани. „Als vierte Form“, пишетъ *Steinbrügge* (1891), „wurden von M o o s und mir die Angiofibrome beschrieben, welche durch Bildung von Bindegewebszügen aus den Zellen der Adventitia der zahlreichen, später meist obliterirenden Gefässe von Granulationsgeschwülsten entste-

---

1) *Michael*. l. c. p. 25.

2) О гемангіомахъ наружнаго уха см. стр. 97.

hen"[1]). *Niemak* (1892), хотя и называетъ нѣкоторые изъ изслѣдованныхъ имъ полиповъ средняго уха ангіомами (напримѣръ, опухоли, приведенныя въ его работѣ подъ №№ 16, 17 и 18), однако, самъ пишетъ, что ему не пришлось наблюдать „чистыхъ гемангіомъ". („Ein reines Angiom", говоритъ *Niemak*, „habe ich nicht gesehen")[2]).

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что истинныя гемангіомы средняго уха, насколько мнѣ извѣстно, до настоящаго времени не описаны.

Литература. 1869. **Kessel**. Ueber Ohrpolypen. A. f. Ohr. IV. p. 167. см. Steinbrügge и Niemak. — 1869. **Steudener**. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Ohrpolypen. A. f. Ohr. IV. p. 199. см. ibidem. — 1883. **Moos und Steinbrügge**. Histologischer und klinischer Bericht über 100 Ohrpolypen. Z. f. Ohr. XIV. p. 1. см. ibidem. — 1891. **Steinbrügge.** Die pathologische Anatomie des Gehörorganes. In Orth. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Sechste Lieferung. — 1892. **Niemak.** Zur Histologie der Ohrpolypen. A. f. Ohr. XXXIV. p. 1. —

---

3. Гемангіома пупочнаго канатика. Среди опухолей пупочнаго канатика различаются кистовидныя и плотныя. И тѣ и другія наблюдаются чрезвычайно рѣдко. По *Herweg*'у (1909), въ литературѣ описаны 5 плотныхъ опухолей пупочнаго канатика, изъ которыхъ только три (опухоли *Gerdes*. *Kaufmann*'а 1890 и *Winckel*'я 1895) были изслѣдованы микроскопически, при чемъ всѣ три опухоли оказались телеангіэктатическими миксосаркомами.

Доброкачественную сосудистую опухоль пупочнаго канатика описалъ, насколько мнѣ извѣстно, одинъ только *Herweg*.

Опухоль помѣщалась вблизи отъ мѣста прикрѣпленія пуповины къ дѣтскому мѣсту. Она была плотна, почкообразной формы, размѣрами 5 cm. × 3,3 cm. × 3,2 cm., окружена слоемъ мягкой ткани (Вартоновой студени), толщиной отъ 0,5 cm. — 1 cm., и покрыта водной оболочкой. На разрѣзѣ опухоли были видны объизвествленныя мѣста

---

[1]) *Steinbrügge*. Die pathologische Anatomie des Gehörorganes. In Orth. Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie. 1891. Sechste Lieferung. p. 55.

[2]) *Niemak*. Zur Histologie der Ohrpolypen. A. f. O. 34. p. 7.

и кровеносные сосуды, перерѣзанные въ различныхъ направленіяхъ. Въ опухоли развѣтвлялась вѣтвь одной изъ артерій пупочнаго канатика. Рядомъ съ плотной опухолью находились 4 полости различной величины (отъ просяного зерна до вишни), наполненныя слизистой жидкостью. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что плотная опухоль состояла изъ миксоматозной ткани, которая была пронизана безчисленными („zahllose“) сосудами, какъ различнаго калибра артеріальными, такъ и капиллярными. Объизвествленные участки локализировались частью въ тромбахъ, частью въ стѣнкахъ артерій.

По *Herweg*'у, описанная имъ опухоль была „миксангіомой“. *Kaufmann*, просмотрѣвшій микроскопическіе препараты изъ этой опухоли, также назвалъ ее „ангіоматозно-миксоматозной“ опухолью. Кистовидныя полости, находившіяся вблизи опухоли, представляли собой, по *Herweg*'у, слизистое перерожденіе Вартоновой студени. *(?)* („...myxomatöse Veränderung“, пишетъ *Herweg*, „der W a r t h o n'schen Sulze“)[1].

Источникомъ описанной опухоли *Herweg* считаетъ одну изъ артерій пуповины и именно ту, отъ которой отходила вѣтвь, развѣтвлявшаяся въ опухоли. Причину же образованія опухоли онъ видитъ въ неправильностяхъ кровообращенія *(?)* въ периферическомъ участкѣ пупочной артеріи. Послѣдняя оказалась суженной на мѣстѣ ея перехода въ дѣтское мѣсто, а выше его расширенной, при чемъ на мѣстѣ прикрѣпленія опухоли расширеніе имѣло аневризматическій характеръ. *Herweg* приводитъ также мнѣніе *Winckel*'я, по которому неправильности кровообращенія и травмы имѣютъ большое значеніе для образованія врожденныхъ опухолей.

Резюмируя вышеизложенное, нужно признать, что чистыя гемангіомы пупочнаго канатика, повидимому, не наблюдались. Единственная доброкачественная опухоль этого органа, описанная въ литературѣ, имѣла сложное строеніе и была причислена къ миксоангіомамъ.

Литература. 1890. **Kaufmann.** Ueber eine Geschwulstbildung des Nabelstrangs. V.A. 121. p. 513—522. — 1895. **Winckel.** Ueber angeborene solide Geschwülste des perennirenden Theiles der Nabelschnur. Samml. klin. Vortr. № 140. Leipzig. см. Herweg. — 1909. **Herweg.** Solide Nabelschnurtumoren. A.f.G. 98/2. p. 317—322. — **Kaufmann.** см. Herweg. —

[1]) *Herweg.* Solide Nabelschnurtumoren. A. f. G. 1909. 98/2. p. 320.

ГЛАВА XVIII.

Множественныя гемангіомы. Одновременное нахожденіе гемангіомъ и опухолей иного строенія.

Дѣленіе множественныхъ опухолей на группы соотвѣтственно ихъ локализаціи. Теоретическая допустимость одновременнаго нахожденія гемангіомъ и опухолей различнаго другого строенія. Казуистика множественныхъ гемангіомъ въ одномъ органѣ. Казуистика множественныхъ гемангіомъ во многихъ органахъ. Метастазы гемангіомъ. Одновременное нахожденіе гемангіомъ и опухолей иного строенія.

Одновременное существованіе множественныхъ первичныхъ опухолей у одного и того же лица отмѣчается довольно часто. По *Hansemann*'у (1904), при классификаціи множественныхъ первичныхъ опухолей слѣдуетъ различать три группы. Къ первой группѣ онъ относитъ такіе случаи, въ которыхъ одновременно существуютъ различныя добро- и злокачественныя опухоли, вторую группу представляютъ тѣ случаи, когда въ одномъ и томъ же органѣ находятся множественные узлы одной и той же (по гистологическому строенію) опухоли и, наконецъ, къ третьей группѣ онъ относитъ случаи, когда узлы одной и той-же опухоли встрѣчаются въ различныхъ органахъ одного и того же человѣка. Опухоли второй группы *Hansemann* называетъ „плурицентрическими", тогда какъ *Albrecht* предложилъ названіе „onkosis", которое *Петровъ* (1912) замѣнилъ русскимъ терминомъ „системная болѣзнь".

Теоретически разсуждая, въ группировкѣ опухолей можно допустить возможность цѣлаго ряда различныхъ

комбинацій: какъ одновременное нахожденіе у одного и того же лица множественныхъ гемангіомъ, такъ и, при одновременномъ существованіи одиночныхъ или множественныхъ гемангіомъ, нахожденіе различныхъ опухолей и иного строенія.

Всего такихъ комбинацій можно представить себѣ восемь:

1) одновременное нахожденіе множественныхъ гемангіомъ въ одномъ и томъ же органѣ,

2) одновременное нахожденіе одиночныхъ или множественныхъ гемангіомъ въ различныхъ органахъ,

3) одновременное нахожденіе одиночныхъ или множественныхъ гемангіомъ и одиночныхъ или множественныхъ доброкачественныхъ опухолей иного строенія въ одномъ и томъ же органѣ,

4) то же въ различныхъ органахъ,

5) одновременное нахожденіе одиночныхъ или множественныхъ гемангіомъ и одиночныхъ или множественныхъ злокачественныхъ опухолей въ одномъ и томъ же органѣ,

6) то же въ различныхъ органахъ,

7) одновременное нахожденіе одиночныхъ или множественныхъ гемангіомъ и одиночныхъ или множественныхъ доброкачественныхъ (иного строенія) и злокачественныхъ опухолей въ одномъ и томъ же органѣ, и, наконецъ,

8) то же въ различныхъ органахъ.

Наибольшее число наблюденій имѣется въ литературѣ относительно обѣихъ первыхъ группъ.

1) Одновременное нахожденіе нѣсколькихъ узловъ гемангіомъ наблюдается чаще всего въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ (см. стр. 174—195) и въ слизистыхъ оболочкахъ (см. стр. 230 и др.). Затѣмъ часто описываются множественныя гемангіомы печени (см. стр. 274) и сравнительно часто—селезенки (см. стр. 332). Значительно рѣже описываются множественныя гемангіомы костей (два случая, см. стр. 200), произвольныхъ мышцъ вообще и языка (семь случаевъ, см. стр. 212 и 233), послѣда (см. стр. 405), головного мозга (четыре случая, см. стр. 425), сухожилій (см. стр. 529), матки (см. стр. 376) и др.

Особый интересъ представляютъ случаи симметричнаго

пораженія парныхъ органовъ гемангіомами. Такія „парныя" гемангіомы описаны въ голосовыхъ связкахъ (см. стр. 351), въ жировой капсулѣ почекъ (см. стр. 362), въ яичникахъ (см. стр. 382), въ надпочечникахъ (см. стр. 540) и т. п.

2) Очень часто отмѣчается одновременное существованіе гемангіомъ внутреннихъ органовъ и наружныхъ покрововъ, или послѣднихъ и слизистыхъ оболочекъ. Указанія на такія совпаденія имѣются въ нѣкоторыхъ случаяхъ гемангіомъ околоушной железы (см. стр. 252), печени (см. стр. 273, 370 и др.), мозга (см. стр. 420), глаза (см. стр. 458, 479 и 499) и т. д.

Значительно большей рѣдкостью оказывается одновременное существованіе гемангіомъ только внутреннихъ органовъ, при чемъ однимъ изъ такихъ пораженныхъ органовъ въ большинствѣ случаевъ оказывается печень. Такъ, напримѣръ, описывается одновременное нахожденіе гемангіомъ печени и селезенки (три случая, см. стр. 314, 321 и 327), печени и кости (два автора, см. стр. 203), печени и почки (одинъ случай, см. стр. 272), печени и мозга (см. стр. 420 и др.), печени и надпочечниковъ (см. стр. 540) и т. д.

Очень рѣдкими слѣдуетъ считать тѣ случаи, въ которыхъ гемангіомы одновременно локализируются во *многихъ* различныхъ органахъ.

Такіе случаи описали, насколько мнѣ извѣстно, слѣдующіе авторы: ***Rokitansky*** 1852 и 1855, ***Billroth*** 1856, ***Gascoyen*** 1860, ***Payne*** 1869, ***Berenbruch*** 1890, ***Stamm*** 1891, ***Ullmann*** 1899, ***Брюхановъ*** 1899, ***Михайловъ*** 1900, ***Devic и Tolot*** 1906, ***Borrmann*** 1904 и 1907, ***Свѣчниковъ*** 1908, ***Blank*** 1908, ***Ghon*** 1908, ***Konjetzny*** 1912 и ***Ernst*** 1912.

Rokitansky у женщины 40 л. нашелъ при вскрытіи множественныя кавернозныя кровяныя опухоли, локализировавшіяся въ различныхъ органахъ: въ реберной плеврѣ (см. стр. 356), въ подкожной клѣтчаткѣ, въ мышцахъ, въ жировой клѣтчаткѣ основанія сердца и т. д.

Billroth описалъ случай, въ которомъ „послѣ кавернозной гемангіомы щеки развились такія же опухоли въ печени, селезенкѣ и костяхъ черепа" [1]). Какъ указываетъ *Virchow* (1863), *Billroth* не привелъ

---

[1]) ...„nach einer cavernösen Blutgeschwulst in der Wange sich gleiche Geschwülste in der Leber, in der Milz und in den Schädelknochen ausbildeten", цит. по *V.* III. 1863. p. 385.

въ своей статьѣ подробнаго описанія своего случая, такъ что остается невыясненнымъ, на основаніи какихъ данныхъ послѣдній утверждаетъ, что опухоли во внутреннихъ органахъ развились *послѣ* опухоли щеки.

Gascoyen нашелъ при вскрытіи мужчины 44 лѣтъ какъ кавернозную гемангіому околоушной железы (см. стр. 256), такъ и множественныя сосудистыя опухоли въ различныхъ отдѣлахъ покрововъ тѣла, кишечника (см. стр. 256) и печени.

Payne наблюдалъ случай множественныхъ кавернозныхъ гемангіомъ печени (см. стр. 273), матки (см. стр. 376), яичниковъ (см. стр. 382) и надпочечниковъ (см. стр. 540).

Berenbruch описалъ у мужчины 16 лѣтъ множественныя врожденныя ангіолипомы, располагавшіяся въ подкожномъ слоѣ области правой лопатки, въ мышцахъ спины и экстрадурально въ спинномозговомъ каналѣ. Кромѣ того была найдена гемангіома спинного мозга и липома правой половины туловища (см. стр. 443—444).

Stamm при вскрытіи четырехмѣсячной дѣвочки нашелъ множественныя простыя гемангіомы въ различныхъ участкахъ кожи, въ мышцахъ, въ слизистой кишечника и гортани (см. стр. 347), въ легкихъ (см. стр. 357), въ мозгу и въ надпочечникахъ (случай *Stamm*'а мной въ нѣкоторыхъ главахъ пропущенъ).

Ullmann описалъ кавернозныя гемангіомы, найденныя имъ при вскрытіи у женщины 40 лѣтъ въ кожѣ (см. стр. 176), слизистой языка, гортани и кишечника и въ печени (см. стр. 273).

Брюхановъ нашелъ у ребенка множественныя кавернозныя гемангіомы кожи, печени и надкостницы III-го и IV-го реберъ лѣвой стороны (см. стр. 176 и 287).

Михайловъ демонстрировалъ у 3-мѣсячной дѣвочки врожденныя множественныя кавернозныя гемангіомы кожи (см. стр. 180), слизистой оболочки губъ и десенъ, языка, печени (см. стр. 272) и обѣихъ околоушныхъ железъ [1]).

Devic и Tolot нашли при вскрытіи у женщины 37 лѣтъ множественныя гемангіомы печени (см. стр. 273), селезенки (см. стр. 323), жировой капсулы почекъ (см. стр. 362), бахромокъ лѣваго яйцевода (см. стр. 380), лѣвой грудной железы (см. стр. 390) и средостѣнія (см. стр. 525) и кромѣ того ангіосаркому твердой мозговой оболочки и липомы туловища.

Borrmann изслѣдовалъ метастатическіе и рецидивные узлы опухоли, удаленной у 26-лѣтней женщины изъ подкожной клѣтчатки правой грудной железы. Ни первичная опухоль, ни первый рецидивный узелъ ея, появившійся черезъ мѣсяцъ послѣ первой операціи и удаленный вмѣстѣ съ грудной железой, не подверглись микроскопическому изслѣдованію. Послѣ второй операціи (удаленіе грудной же-

---

[1]) Случай *Михайлова* мною въ отдѣлѣ В. главы IX-ой (см. стр. 249) по ошибкѣ пропущенъ.

лезы) появлялись все новые рецидивы опухоли. Черезъ три года послѣ появленія первичной опухоли больная умерла.

Микроскопическому изслѣдованію *(Borrmann)* были подвергнуты, во-первыхъ, рецидивные три узла опухоли и, во-вторыхъ, какъ найденная при частичномъ вскрытіи одиночная метастатическая опухоль въ подкожной клѣтчаткѣ ягодичной области, такъ и многочисленные метастатическіе узлы въ легкихъ[1]). Оказалось, что всѣ узлы представляли одинаковое строеніе простыхъ телеангіэктазій, среди которыхъ мѣстами встрѣчались участки, состоявшіе изъ кавернозныхъ полостей. Въ нѣкоторыхъ участкахъ опухолей *Borrmann* нашелъ колбообразное врастаніе соединительной ткани въ просвѣтъ сосудовъ гемангіомы. Нигдѣ въ изслѣдованныхъ опухоляхъ авторъ не обнаружилъ признаковъ злокачественнаго роста.

Въ литературѣ *Borrmann*'у не удалось найти второго случая „метастазирующей" гемангіомы типичнаго строенія.

Отмѣчу, что *Hansemann* (1904) и *Sternberg* (1904) въ преніяхъ по поводу доклада *Borrmann*'а высказали предположеніе, что опухоль, описанная послѣднимъ, была ангіосаркомой.

Свѣчниковъ изслѣдовалъ у мальчика 13 лѣтъ множественныя кавернозныя гемангіомы какъ удаленныя оперативно, такъ и найденныя при вскрытіи. Опухоли локализировались въ кожѣ (см. стр. 177), въ слизистыхъ оболочкахъ пищеварительныхъ путей (см. стр. 246), въ печени (см. стр. 373), въ клѣтчаткѣ передняго средостѣнія (см. стр. 525) и подъ реберной плеврой.

Blank[2]) подробно изслѣдовалъ множественныя кавернозныя гемангіомы, найденныя при вскрытіи четырехлѣтней дѣвочки.

На первомъ году жизни дѣвочка подверглась операціи удаленія сосудистой опухоли изъ мышцъ передней поверхности средней 1/3 лѣваго бедра. Клинически удаленная опухоль была распознана какъ кавернозная гемангіома мышцы. На четвертомъ году жизни дѣвочки она подверглась вторичной операціи по поводу опухоли передней поверхности верхней 1/3 лѣваго бедра, при чемъ оказалось, что губчатаго строенія опухоль проросла мышцы кзади до кости, а кверху до Пупартовой связки. Черезъ 1/2 часа послѣ операціи наступилъ смертельный исходъ.

При вскрытіи были найдены узлы гемангіомы въ толщѣ мышцъ разгибателей лѣваго бедра, множественныя (ок. 14-ти) гемангіомы печени, множественныя гемангіомы желудка, тонкихъ и толстыхъ ки-

---

1) Случай *Borrmann*'а мною въ отдѣлѣ С. главы XIII-ой (см. стр. 357) по ошибкѣ пропущенъ.

2) Работа *Blank*'а въ подлинникѣ сдѣлалась для меня доступной уже во время печатанія настоящей главы.

шекъ и гемангіомы (или varices) праваго предсердія [1]). Микроскопическому изслѣдованію подверглись кусочки изъ опухолей мышцъ, тонкихъ кишекъ и печени. Волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ представлялись истонченными и раздвинутыми большимъ количествомъ жировой ткани. Въ межмышечной клѣтчаткѣ были видны многочисленные кровеносные сосуды съ утолщенными стѣнками, благодаря гипертрофіи мышечнаго слоя и утолщенію адвентиціи. Мѣстами встрѣчались нервные пучки. Опухоль состояла изъ многочисленныхъ полостей, наполненныхъ кровью, выстланныхъ однослойнымъ эндотеліемъ и расположенныхъ какъ въ мышечной, такъ и въ жировой ткани. Стѣнки полостей состояли изъ волокнистой соединительной ткани, въ которой были заложены эластическія волокна, гладкія мышцы и коегдѣ сосуды небольшого калибра. Капсулы по окружности гемангіомъ не было.

Опухоли печени и кишекъ оказались построенными по тому-же типу, какъ опухоли мышцъ.

Blank называетъ описанныя имъ опухоли кавернозными гемангіомами и указываетъ на ихъ врожденную закладку. По автору, случаи съ множественной локализаціей опухолей въ различныхъ органахъ у одного и того же человѣка представляетъ собой большую рѣдкость: въ литературѣ нѣтъ описанія случая, похожаго па его собственный.

Ghon изслѣдовалъ случай одновременнаго существованія неправильностей въ сосудистой системѣ и множественныхъ врожденныхъ гемангіомъ у $4^1/_2$-мѣсячной дѣвочки (см. стр. 524). Послѣднія находились въ кожѣ различныхъ отдѣловъ тѣла (см. стр. 469), въ брыжейкѣ [2]) на мѣстѣ прикрѣпленія одной изъ петель тонкихъ кишекъ и по обѣ стороны аорты подъ плеврой (см. стр. 524).

Konjetzny приводитъ два случая, въ которыхъ наблюдались множественныя гемангіомы внутреннихъ органовъ (см. стр. 169). У четырехлѣтняго ребенка были найдены множественныя кавернозныя гемангіомы мышцъ бедра, печени, кишечника и легкихъ (см. стр. 357). У шестилѣтней дѣвочки имѣлись множественныя кавернозныя гемангіомы musc. ileopsoas и внутреннихъ органовъ (какихъ, не сказано).

Отмѣчу, что по *Konjetzny*, кавернозныя гемангіомы внутреннихъ органовъ, найденныя имъ въ обоихъ приведенныхъ случаяхъ, представляли собой не множественныя первичныя опухоли, а метастатическіе узлы.

---

[1]) Относительно характера опухолей, найденныхъ въ сердцѣ, авторъ, въ виду отсутствія ихъ микроскопическаго изслѣдованія, не могъ высказаться положительно (см. стр. 512).

[2]) Случай *Ghon*'а мною пропущенъ при перечисленіи гемангіомъ брыжейки (см. стр. 265).

Ernst описалъ у мальчика, умершаго $2^{1}/_{2}$ мѣсяцевъ отъ роду, множественныя простыя гемангіомы въ различныхъ участкахъ кожи и слизистыхъ оболочекъ (см. стр. 180), въ печени (см. стр. 280) и въ селезенкѣ (см. стр. 328).

Изъ вышеприведенныхъ 17 случаевъ множественныхъ гемангіомъ съ локализаціей во многихъ различныхъ органахъ 10 были найдены у женщинъ, 4—у мужчинъ. Въ трехъ случаяхъ полъ больныхъ не былъ указанъ. Въ большинствѣ случаевъ гемангіомы были найдены у дѣтей: три раза у младенцевъ, проживпихъ только нѣсколько мѣсяцевъ, четыре раза у дѣтей отъ 1 до 9 лѣтъ и два раза у молодыхъ людей 13 и 16 лѣтъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень многіе органы оказались захваченными гемангіомами, напримѣръ, въ случаяхъ *Payne*, *Свѣчникова*, *Blank*'а, *Konjetzny*, *Ernst*'а и др. Такая множественность гемангіомъ говоритъ, по мнѣнію многихъ авторовъ, напримѣръ *Ernst*'а, въ пользу развитія этихъ опухолей на почвѣ различныхъ неправильностей внутриутробнаго развитія организма.

Нѣкоторые авторы (*Langhans* 1879, *Borrmann* 1904, *Weiss* 1911, *Konjetzny* 1912 и др.) смотрятъ на множественныя гемангіомы кожи и внутреннихъ органовъ. какъ на „метастазы“ изъ одной первичной опухоли. Цитируемые авторы при этомъ допускаютъ возможность предположенія, что свойствомъ образовывать метастатическіе узлы обладаютъ не только злокачественныя, но и доброкачественныя опухоли. Такъ, напримѣръ, *Borrmann* (1907) привелъ изъ литературы цѣлый рядъ случаевъ, когда наблюдались метастазы доброкачественныхъ опухолей (энхондромъ, кистомъ яичниковъ, міомъ) и самъ описалъ случай появленія рецидивныхъ и метастатическихъ узловъ гемангіомъ. Такіе же „метастазы“ гемангіомъ описали *Langhans* 1879 (см. стр. 314), *Theile* 1904 (см. стр. 321), *Jores* 1908 (см. стр.327), *Weiss* 1911 (см. стр. 177), *Konjetzny* (см. стр. 169, 357 и 551). Кромѣ того, *Weiss* причислилъ къ „метастатическимъ“ гемангіомамъ также случаи множественныхъ сосудистыхъ опухолей кожи, описанные *Kopp*'омъ 1897 (см. стр. 179) и *Ullmann*'омъ 1899 (см. стр. 176).

Добавлю, что авторы, допускающіе возможность существованія метастазовъ доброкачественныхъ опухолей, не стро-

го обособляютъ послѣднія отъ злокачественныхъ. Нѣкоторые изъ нихъ допускаютъ также возможность существованія переходныхъ формъ между новообразованіями съ типическимъ и съ атипическимъ ростомъ (см. стр. 47). Такъ, напримѣръ, *Theile* и *Jores* встрѣтили въ гемангіомахъ селезенки участки, состоящіе изъ недодифференцированныхъ клѣточныхъ элементовъ (ангіобластовъ), которые ничѣмъ не отличались отъ саркоматозныхъ участковъ, а *Hansemann* (1896 и 1905) наблюдалъ въ одной и той же опухоли кости всевозможныя переходныя картины, начиная отъ кавернозной гемангіомы и кончая типичной эндотеліомой.

Одновременное нахожденіе гемангіомъ и опухолей иного строенія, соотвѣтственно третьей по восьмой группамъ (см. стр. 547), по однимъ авторамъ (*Hansemann* 1904, *Sliwinski* 1909 и др.) не имѣетъ значенія для выясненія этіологіи различныхъ видовъ опухолей и является лишь случайнымъ совпаденіемъ, а по другимъ (*Ribbert* 1904, *Borrmann* 1904 и др.) какъ разъ указываетъ на одинаковую причину развитія всѣхъ находимыхъ при этомъ опухолей. Въ пользу мнѣнія послѣднихъ авторовъ говоритъ тотъ фактъ, что чаще множественныя первичныя опухоли различнаго характера находятся во многихъ органахъ, чѣмъ въ одномъ и томъ же. Бо́льшая часть такихъ наблюденій касается злокачественныхъ опухолей. Такіе случаи описаны многими авторами, въ томъ числѣ *Herschel*'емъ 1893, *Feilchenfeld*'омъ, *Hansemann*'омъ 1904, *Fischer-Defoy и Lubarsch*'емъ 1905, *Sliwinski* 1909 и мн. др.

Одновременное пораженіе печени гемангіомой и доброкачественной опухолью (аденомой) описали *Ribbert* 1904, *Merkel* 1904 и др. Первый авторъ, какъ мною уже было упомянуто (см. стр. 273 и выше), придавалъ одновременному существованію гемангіомъ и другихъ опухолей печени большое значеніе.

Лишь въ нѣкоторыхъ изъ опубликованныхъ случаевъ описывается одновременное существованіе гемангіомъ и доброкачественныхъ опухолей въ различныхъ органахъ (напримѣръ, въ случаѣ *Berenbruch*'а, см. стр. 549), тогда какъ въ большинствѣ случаевъ извѣстно въ литературѣ совмѣстное существованіе доброкачественныхъ опухолей (въ томъ числѣ и гемангіомъ) и злокачественныхъ въ различныхъ органахъ.

Случаи послѣдней категоріи описали *Tison* 1892, *Lewis* 1905, *Devic и Tolot* 1906, *Götting* 1909, *Sliwinski* 1909 и др.

Наконецъ, укажу, что одновременное существованіе гемангіомъ кожи и различныхъ опухолей иного строенія кожи, слизистыхъ оболочекъ и внутреннихъ органовъ считается такимъ обыденнымъ явленіемъ (*Hansemann* 1904), что подобныя находки никѣмъ отдѣльно не отмѣчаются.

Изъ приведенныхъ мною данныхъ о множественныхъ гемангіомахъ вообще и въ частности о частотѣ ихъ одновременнаго нахожденія съ опухолями иного строенія видно, что множественныя гемангіомы находили какъ въ одномъ органѣ, чаще въ кожѣ или печени, такъ и во многихъ органахъ, при чемъ въ такихъ случаяхъ почти всегда отмѣчали одновременное пораженіе кожи или печени. На одновременное нахожденіе гемангіомъ и опухолей иного строенія въ литературѣ до послѣдняго времени не обращалось особаго вниманія, чѣмъ и объясняется скудность наблюденій, произведенныхъ въ этомъ направленіи. По вопросу о существованіи „метастазовъ“ доброкачественныхъ опухолей вообще и гемангіомъ въ частности въ литературѣ имѣется лишь незначительное число указаній, на основаніи которыхъ нельзя сдѣлать какихъ-либо выводовъ.

Нельзя не согласиться съ мнѣніемъ нѣкоторыхъ авторовъ (*Blank*, *Ernst* и др.), что нахожденіе множественныхъ гемангіомъ въ различныхъ органахъ у дѣтей, прожившихъ только нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ, служитъ несомнѣннымъ доказательствомъ происхожденія этихъ опухолей въ эмбріональной жизни вслѣдствіе неправильнаго развитія сосудистой системы.

Литература. 1852. **Rokitansky**. Ueber die Entwickelung der Krebsgerüste mit Hinblick auf das Wesen und die Entwickelung anderer Maschenwerke. Sitzungsbericht der math.-naturwiss. Classe der K. Acad. der Wiss. Wien. VIII. см. V. p. 321 и 404. — 1855. **Онъ-же**. см. стр. 9; I. p. 207. — 1856. **Billroth**. Untersuchungen über die Entwickelung der Blutgefässe. см. V. p. 385 и 412. — 1860. **Gascoyen**. см. стр. 257. — 1863. **V**. см. стр. 9; III. p. 385 и 404. — 1869. **Payne**. см. стр. 380. — 1879. **Langhans**. см. стр. 306. — 1890. **Berenbruch**. см. стр. 446. — 1891. **Stamm**. см. стр. 64. — 1892. **Tison**. см. стр. 306. — 1893. **Herschel**. см. Hansemann (1904). — 1896. **Hansemann**. Ueber Endotheliom. D.m.W. № 4. — 1897.

Kopp. см. стр. 179. — 1899. **Ullmann**. см. стр. 179. — 1899. **Brüchanow**. см. стр. 307. — 1900. **Михайловъ**. см. стр. 307. — 1904. **Merkel**. см. стр. 308. — 1904. **Ribbert**. см. стр. 50. — 1904. **Theile**. см. стр. 308. — 1904. **Hansemann**. Das gleichzeitige Vorkommen verschiedenartiger Geschwülste bei derselben Person. Z.f.Kr. I/3. p. 183—198. — 1904. **Borrmann**. Zur Metastasenbildung bei gutartigen Tumoren (Fall v. Angioma malignum). P.G. VI p. 209—212. — 1904. **Hansemann**. Пренія къ докладу Borrmann'а. Ibidem. p. 212. — 1904. **Sternberg**. Тоже. Ibidem. — 1905. **Lewis**. см. стр. 308. — 1905. **Fischer-Defoy u. Lubarsch**. Pathologie des Karzinoms. L.O.E. IX. p. 924. — 1905. **Hansemann**. Die Beziehung gewisser Sarkome zu den Angiomen. Z. f.Kr. III/2. p. 234—246. — 1906. **Devic et Tolot**. см. стр. 334. — 1907. **Borrmann**. Metastasenbildung bei histologisch gutartigen Geschwülsten. (Fall von metastasierendem Angiom). Z.B. XL. p. 372—392. — 1908. **Свѣчниковъ**. см. стр. 179. — 1908. **Jores**. см. стр. 334. — 1908. **Ghon**. см. стр. 474. — — 1908. **Blank**. см. стр. 520. — 1909. **Götting**. см. стр. 309. — 1909. **Sliwinski**. см. стр. 308. — 1911. **Weiss**. см. стр. 173. — 1912. **Konjetzny**. см. стр. 96. — 1912. **Ernst**. см. стр. 181. — 1912. **Н. Н. Петровъ**. Попытка номенклатуры опухолей. Р.В. XI. № 42. р. 1745—1750. — **Albrecht**. см. Петровъ. — **Feilchenfeld**. см. Hansemann (1904). —

ГЛАВА XIX.

„Ложныя" гемангіомы.

Отсутствіе въ литературѣ опредѣленія опухолей вообще и гемангіомъ въ частности. „Ложныя" гемангіомы. Мнѣнія объ этихъ образованіяхъ различныхъ авторовъ. Затрудненія, возникающія при дѣленіи гемангіомъ на растущія опухоли, состоящія изъ новообразованныхъ сосудовъ и на не растущія, состоящія изъ предсуществовавшихъ сосудовъ. Недостатки въ классификаціи *Mauclaire u de Bovis*'а. Различные процессы, причисляемые къ ложнымъ гемангіомамъ. Ботріомикотическія опухоли. Кавернозное превращеніе организующихся тромбовъ.

Уже въ историческомъ очеркѣ ученія о гемангіомахъ (см. стр. 44) мной было указано на отсутствіе общепризнаннаго опредѣленія тѣхъ образованій, которыя причисляются къ классу новообразованій. Въ этомъ отношеніи положеніе совершенно не измѣнилось со времени *Virchow*'а (1863), который свыше 50 лѣтъ тому назадъ (8 ноября 1862 г.) былъ принужденъ указать на непреодолимыя трудности, возникающія при попыткѣ точно опредѣлить, что такое опухоль: „Wollte man auch", писалъ *Virchow*, „Jemand auf das Blut pressen, dass er sagen sollte, wass Geschwülste eigentlich seien, so glaube ich nicht, dass man irgend einen lebenden Menschen finden würde, der in der Lage wäre, dies sagen zu können" [1]).

Если до сихъ поръ не удалось дать точнаго научнаго опредѣленія новообразованій вообще, то конечно, не менѣе

---

[1]) *Virchow*. см. стр. 9; I. Erste Vorlesung. p. 3.

затруднительнымъ является стремленіе выдѣлить отдѣльные ихъ виды и разновидности. Поэтому и не удивительно, что и до настоящаго времени авторамъ не удалось установить, какія образованія должны быть причислены къ гемангіомамъ и какія должны быть исключены изъ ихъ числа.

Какъ мною уже было указано (см. стр. 5, 47, 48, и др.), большинство авторовъ уже исключило изъ числа гемангіомъ различные патологическіе процессы (флебэктазіи, геморроидальныя шишки, varicocele, костныя аневризмы и др.), которые единичными изслѣдователями причислялись къ гемангіомамъ. Однако, вопросъ относительно связи цѣлаго ряда другихъ патологическихъ процессовъ (см. стр. 49) съ гемангіомами остается еще совершенно открытымъ.

Изъ сказаннаго видно, что задача опредѣлить, какія образованія являются гемангіомами и какія нѣтъ, можетъ быть разрѣшена въ настоящее время лишь условно, при допущеніи цѣлаго ряда оговорокъ.

Virchow былъ первый, который, наряду съ истинными гемангіомами, установилъ особую группу „ложныхъ" ангіомъ: „...falsche Angiome (Angiomata spuria)" [1]) (см. стр. 13). Къ послѣднимъ *Virchow* причислилъ: 1) всѣ доброкачественныя опухоли, въ которыхъ имѣлись телеангіэктазіи, 2) гиперпластическіе процессы (слизистые полипы, гранулемы), въ которыхъ наблюдалось избыточное развитіе сосудовъ и, наконецъ, 3) злокачественныя опухоли, богатыя сосудами.

Mauclaire и de Bovis (1896) также различаютъ истинныя и ложныя гемангіомы. Первыя, по ихъ мнѣнію, являются всегда врожденными („...l'angiome *vrai*", пишутъ эти авторы, „est toujours congénital") [2]) и представляютъ собой „активный процессъ" („*processus actif*") [3]). Псевдоангіомы же, по этимъ же авторамъ, являются образованіями всегда пріобрѣтенными на почвѣ расширенія сосудовъ („...les autres", говорятъ *Mauclaire и de Bovis*, „sont simplement des états angiectasiques secondaires, des pseudo-angiomes") [4]).

---

[1]) *V*. p. 461.

[2]) *Mauclaire и de Bovis*. Les angiomes. p. 63.

[3]) *Они-же*. l. c. p. 65.

[4]) *Они-же*. l. c. p. 64.

Къ псевдоангіомамъ тѣ-же авторы относятъ: 1) травматическія псевдоангіомы, образующіяся вслѣдствіе неправильнаго развитія грануляціонной ткани на мѣстѣ раненій или язвъ („Il s'agit dans ses cas", пишутъ они, „d'une plaie, d'une ulcération, dans lesquelles l'inflammation produit un travail plastique exagéré" [1]), 2) нервныя и дискразическія (у гемофиликовъ) псевдоангіомы, 3) дистрофическія или старческія ангіомы, образующіяся путемъ расширенія мелкихъ кожныхъ венъ, и 4) различныя другія пассивныя расширенія сосудовъ (телеангіэктазіи, varices, геморроидальныя шишки, полипы слизистой носа и женскаго мочеиспускательнаго канала и т. п.).

Такимъ образомъ, *Mauclaire и de Bovis* причислили къ ложнымъ ангіомамъ и нѣкоторыя изъ такихъ образованій, которыя *Virchow*'ымъ не исключались изъ числа истинныхъ гемангіомъ, именно варикозныя (венозныя) формы простыхъ ангіомъ (см. стр. 19 и 20).

Другіе авторы расширили еще болѣе понятіе „ложныхъ" ангіомъ и отнесли въ эту группу не только венозныя рацемозныя ангіомы (см. стр. 48), но даже и кавернозныя гемангіомы (*В. В. Подвысоцкій* 1905). Послѣдній авторъ въ своей таблицѣ раздѣленія опухолей вообще отнесъ сосудистыя опухоли къ типичнымъ мезодермальнымъ опухолямъ и выдѣлилъ только двѣ разновидности гемангіомъ: 1) haemangioma verum, seu teleangioma, опухоль, состоящую изъ новообразованныхъ сосудовъ и 2) haemangioma cavernosum s. tumor cavernosus, опухоль, состоящую изъ сосудистыхъ полостей, сходныхъ съ кавернозной тканью penis. Послѣднюю разновидность *Подвысоцкій* назвалъ ложной ангіомой („haemangioma cavernosum s. spurium") [2]. *(?)*

По *Borst*'у (1909 и 1911), истинными новообразованіями являются только автономнаго характера эксцессы роста („Die echten Geschwülste" пишетъ онъ, „sind W a c h s t u m s e x z e s s e v o n a u t o n o m e m C h a r a k t e r" [3]). Къ гемангіомамъ („angi-

---

[1]) *Mauclaire и de Bovis.* l. c. p. 64.

[2]) *Подвысоцкій.* Основы общей и экспериментальной патологіи. 1905. p. 456.

[3]) *Borst.* Echte Geschwülste (Blastome). In Aschoff. Pathologische Anatomie. I. 1909. p. 497 и 1911. p. 626.

oblastoma, angioblastische Tumoren κατ' ἐξοχήν" [1]) онъ относитъ только тѣ опухоли, паренхиму которыхъ составляютъ новообразованные сосуды. Опухоли же, состоящія изъ гипертрофированныхъ или расширенныхъ сосудовъ, по *Borst*'у, должны быть исключены изъ числа истинныхъ новообразованій вообще и гемангіомъ въ частности. Причисляя къ гемангіомамъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова только новообразованія, состоящія изъ новообразованныхъ, самостоятельно разросшихся сосудовъ, *Borst* исключилъ изъ ихъ числа: во-первыхъ, всѣ гиперплазіи на почвѣ хроническихъ воспаленій, въ которыхъ имѣлось избыточное новообразованіе кровеносныхъ сосудовъ и расширенія предсуществующихъ сосудовъ (множественныя старческія ангіомы, геморроидальныя шишки, аневризмы, варикозныя расширенія сосудовъ, въ томъ числѣ и aneurysma cirsoides); во-вторыхъ, всѣ гамартомы, т. е. angioma racemosum plexiforme, naevi vasculosi, въ томъ числѣ и angioma hypertrophicum, большинство „каверномъ" печени и селезенки, эритробластому [2]); въ третьихъ, кавернозныя капиллярныя эктазіи печени; въ четвертыхъ, большинство ангіомъ кишечника, и, въ пятыхъ, телеангіэктатическія гранулемы кожи, описанныя *Benneke*.

Наконецъ, нѣкоторые авторы воспользовались раздѣленіемъ сосудистыхъ образованій, предложеннымъ *Virchow*'ымъ, и стали причислять какъ къ „истиннымъ", такъ и къ „ложнымъ" гемангіомамъ самые различные патологическіе процессы, вслѣдствіе чего въ настоящее время въ медицинской литературѣ замѣчается крайне странное явленіе: одни и тѣ же образованія (напримѣръ, кавернозныя гемангіомы печени) одними авторами причисляются къ истиннымъ, другими къ ложнымъ гемангіомамъ, совершенно же различныя по генезу и строенію образованія причисляются къ одному и тому же отдѣлу, такъ, напримѣръ, кавернозныя гемангіомы, пассивныя расширенія сосудовъ, телеангіэктатическія гранулемы относятся одними авторами къ истиннымъ, другими къ ложнымъ гемангіомамъ. Наконецъ, по *Borst*'у, однѣ и тѣ же морфологически сходныя опухоли, какъ

[1]) *Borst*. l. c. 1909. p. 526.

[2]) *Онъ-же*. l. c. 1909. p. 534 и 1911. p. 675.

напримѣръ, кавернозныя гемангіомы печени, въ однихъ случаяхъ представляютъ собой истинныя гемангіомы, въ другихъ—ложныя.

Приведенное, по *Borst'у*, дѣленіе сосудистыхъ опухолей на такія, которыя состоятъ изъ новообразованныхъ и растущихъ сосудовъ и на такія, которыя состоятъ изъ предсуществовавшихъ, не растущихъ сосудовъ, представило бы цѣнность только при томъ условіи, если бы мы стали, какъ этого и требуютъ нѣкоторые авторы, принципіально строго отдѣлять врожденнаго происхожденія неправильности развитія организма (уродства), обычно не обладающія способностью сильнаго роста, отъ тѣхъ новообразованій, которыя обладаютъ свойствомъ активнаго и интенсивнаго роста.

Между тѣмъ въ настоящее время далеко не всѣ авторы согласны съ приведеннымъ подраздѣленіемъ опухолей и многіе (*Ribbert* 1904 и 1908, *Ziegler* 1905/06, *Johansen* 1912 и др.) считаютъ, что *большинство* опухолей представляютъ собой результатъ неправильнаго развитія организма, т. е. уродства. *Ribbert* (1904), напримѣръ, пишетъ: „Die wichtigste und unerlässliche Grundlage für die Entstehung einer Geschwulst ist das Selbstständigwerden, die Ausschaltung, die Absprengung eines Gewebekeimes“ [1]) и далѣе: „Die Keimisolierung findet weitaus am häufigsten im embryonalem Leben statt“ [2]).

Однѣ изъ такихъ врожденныхъ опухолей, по ученію названныхъ авторовъ, совсѣмъ не увеличиваются въ объемѣ, другія растутъ одновременно съ ростомъ всего организма и, наконецъ, третьи отъ неизвѣстныхъ намъ причинъ и притомъ иногда совершенно безъ всякаго замѣтнаго измѣненія гистологическаго строенія начинаютъ самостоятельно расти, или медленно, или съ перерывами, или быстро и неудержимо, давая при этомъ иногда метастазы.

Среди гемангіомъ и описываются какъ разъ различныя опухоли, въ смыслѣ новообразованія и роста сосудовъ и сосудистыхъ полостей. Такъ, опубликованы случаи не растущихъ гемангіомъ (naevi vasculares), очень медленно рас-

---

1) *Ribbert.* Geschwulstlehre. 1904. p. 98.

2) *Онъ-же,* l. c. p. 99.

тущихъ (гемангіомы кожи, мышцъ, мозга, орбиты и мн. др.), быстро растущихъ (гемангіомы кожи, см. стр. 88, 93, 132, 138, 141, 143, 176 и др., костей, см. стр. 202, печени, см. стр. 287 и 289, грудныхъ железъ см. стр. 391 и др.), случаи метастатическихъ гемангіомъ (см. стр. 169, 552 и др.), а также рецидивирующихъ (см. стр. 101, 340 и др.).

Принимая во вниманіе, что по своему гистологическому строенію „растущія" гемангіомы очень часто ничѣмъ не отличаются отъ „не растущихъ" (см., напримѣръ, стр. 286, 287, 289 и 305), мнѣ кажется, что наличность или отсутствіе новообразованныхъ растущихъ элементовъ, какъ признака, устанавливаемаго преимущественно клинически, не можетъ имѣть первостепеннаго значенія для патолого-анатомической классификаціи опухолей вообще и гемангіомъ въ частности.

Наконецъ, извѣстно, что способностью ненормальнаго роста вообще обладаютъ не только новообразованія, но и нормальныя ткани при ихъ регенераціи и гипертрофіи, а также воспалительнаго происхожденія грануляціонная ткань. Въ частности ненормальный ростъ сосудовъ, являющійся, по *Virchow*'у, *Mauclaire и de Bovis*'у и др., отличительной чертой гемангіомъ, наблюдается, какъ мною уже было упомянуто (см. стр. 261), какъ при различныхъ воспалительныхъ процессахъ, такъ и при ростѣ разнаго строенія опухолей, а также вслѣдствіе различныхъ измѣненій давленія въ нормально существующей кровеносной системѣ (образованіе коллатеральныхъ путей).

Изъ сказаннаго видно, что наличность или отсутствіе новообразованія и роста кровеносныхъ сосудовъ и кавернозныхъ полостей не является достаточнымъ признакомъ для опредѣленія сосудистыхъ опухолей вообще и для разграниченія „истинныхъ" отъ „ложныхъ" гемангіомъ.

Дѣленіе гемангіомъ на истинныя, т. е. врожденныя, и ложныя т. е. пріобрѣтенныя, слѣдовательно соотвѣтственно времени появленія этихъ опухолей, какъ это предложили *Mauclaire и de Bovis*, съ принципіальной точки зрѣнія также не является вполнѣ удовлетворительнымъ.

Если этіологическіе моменты въ образованіи „ложныхъ" ангіомъ, какъ то травмы, воспалительные процессы, неправильности кровообращенія и т. п., во внѣутробной жизни намъ

извѣстны (см. стр. 47), то зато о причинахъ, обусловливающихъ появленіе гемангіомъ въ утробной жизни, мы ничего не знаемъ. По мнѣнію большинства авторовъ, гемангіомы являются результатомъ неправильной зародышевой *закладки* различныхъ органовъ, о возможныхъ же причинахъ такихъ неправильностей у насъ никакихъ свѣдѣній не имѣется. По другимъ же авторамъ, гемангіомы могутъ образоваться также благодаря внутри - и внѣутробному неправильному *развитію* нѣкоторыхъ органовъ, напримѣръ, вслѣдствіе неправильностей при закрытіи жаберныхъ щелей (фиссуральныя гемангіомы *Virchow*'а, см. стр. 15, 69 и др.), при измѣненіяхъ кровообращенія, строенія и функціи печени (см. стр. 303 и 304) и т. д. Такія неправильности развитія могутъ зависѣть или отъ того, что первично произошла неправильная закладка соотвѣтствующаго органа (и тогда мы будемъ имѣть комбинацію двухъ факторовъ: неправильная закладка+неправильное развитіе), или же, при правильной закладкѣ органа, можетъ зависѣть, какъ думаютъ нѣкоторые авторы, отъ различныхъ болѣзней зародыша (травмы, воспаленія, измѣненія кровоснабженія и др.) и матери. Къ сожалѣнію, мы не обладаемъ достаточными свѣдѣніями, ни о болѣзняхъ плода, ни о послѣдствіяхъ этихъ болѣзней, почему приведенный взглядъ на генезъ гемангіомъ и носитъ совершенно гипотетическій характеръ.

Наконецъ, большое затрудненіе представляетъ то обстоятельство, что мы подчасъ не имѣемъ никакихъ данныхъ для рѣшенія вопроса, къ какому періоду жизни, къ внутри-или внѣутробному, относится процессъ образованія гемангіомъ, подвергающихся нашему изслѣдованію, тѣмъ болѣе, что нѣкоторые авторы допускаютъ возможность врожденнаго существованія зачатковъ гемангіомы, которые могутъ при рожденіи оставаться совершенно незамѣтными и развиться лишь впослѣдствіи, иногда спустя десятки лѣтъ послѣ рожденія носителя данной опухоли.

Несмотря на то, что мы рискуемъ, слѣдовательно, раздѣлить на двѣ группы одинаковаго характера процессы и соединить въ одну группу различные, мнѣ кажется, что подраздѣленіе гемангіомъ на истинныя и ложныя, предложенное *Mauclaire и de Bovis*'омъ, въ настоящее время представляется наиболѣе удовлетворительнымъ. Поэтому къ „истиннымъ“ гемангіомамъ я отношу всѣ врожденныя гемангіомы,

а къ „ложнымъ“ всѣ пріобрѣтенныя, т. е., во-первыхъ, такіе процессы, которые развиваются во внѣутробной жизни и являются только похожими по строенію на гемангіомы, и, во-вторыхъ, всѣ сложныя воспалительнаго или новообразовательнаго характера образованія, въ которыхъ новообразованіе сосудистой ткани наблюдается наравнѣ съ новообразованіемъ иной ткани.

Не имѣя возможности перечислять всѣ процессы, которые могутъ симулировать гемангіомы, я упомяну только о важнѣйшихъ.

Къ *ложнымъ* ангіомамъ можно отнести: 1) пассивныя расширенія сосудовъ, симулирующія опухоли, 2) всѣ ангіоматозныя образованія, получающіяся на почвѣ воспалительныхъ процессовъ (неправильности при развитіи грануляціонной ткани), и 3) всѣ новообразованія, въ которыхъ, наряду съ различнаго характера другими тканями, имѣется еще развитіе сосудистой ткани, т. е. телеангіэктатическія и смѣшанныя опухоли.

1) Къ пассивнымъ расширеніямъ сосудовъ, могущимъ, по мнѣнію авторовъ, симулировать врожденныя гемангіомы, относятся: геморроидальныя шишки (см. стр. 48, 258 и др.), varicocele (см. стр. 48), varices, въ томъ числѣ пищевода и желудочно-кишечнаго канала (см. стр. 256 и др.), своеобразныя измѣненія въ печени у людей (чаще у животныхъ) въ видѣ множественныхъ капиллярныхъ эктазій (см. стр. 297), различныя телеангіэктазіи кожи (см. стр. 186, 193 и др.) и т. д.

Всѣ перечисленныя образованія мною уже разобраны въ различныхъ главахъ настоящей работы.

2) Образованіе гемангіомъ какъ послѣдствіе различныхъ воспалительныхъ процессовъ допускалось и допускается понынѣ многими авторами. Такъ, уже *Virchow* обратилъ вниманіе на значеніе разрастанія соединительной ткани въ печени при образованіи кавернозныхъ гемангіомъ этого органа. Надо однако отмѣтить, что о воспалительномъ характерѣ такого соединительнотканнаго разрастанія *Virchow* нигдѣ не упоминаетъ (см. стр. 300). Лишь послѣдующіе авторы, особенно французскіе, стали указывать на воспалительный характеръ разрастанія соединительной ткани при

образованіи кавернозныхъ гемангіомъ, при чемъ *Harter и Weil* (1908) даже допускали, что причиной воспаленія въ этихъ случаяхъ является туберкулезъ (см. стр. 300).

Еще болѣе часто описываются такіе патологическіе процессы въ различныхъ органахъ, которые только симулируютъ по своей морфологической картинѣ сосудистыя опухоли, и которые возникаютъ на почвѣ воспаленія. Сюда относятся: полипы носа (см. стр. 337), сосудистыя опухоли сердца (см. стр. 508, 519 и др.), сосудистыя опухоли женскаго мочеиспускательнаго канала (см. стр. 367), кавернозная метаморфоза матки (см. стр. 382), кавернозное перерожденіе зрительнаго нерва при глаукомѣ (*Schnaudigl* 1904), телеангіэктазіи кожи при сифилисѣ (*Trawinski* 1910) и образованіе кавернозныхъ полостей при цирротическихъ процессахъ, особенно печени (*Никифоровъ* 1909, *Janowski* и др.). Кромѣ того, сюда же нужно отнести ангіоматозное размноженіе и расширеніе сосудовъ при различныхъ болѣзняхъ: при остеомалаціи въ яичникахъ (*Velits*, *Kaji* 1910 и др.), при трахомѣ (*Ржаницынъ* 1912, см. стр. 479), при воспаленіи сосудистой оболочки глаза (*Wedl и Bock* 1886), при xeroderma pigmentosum (*Weselowski* 1899), при atrophia cutis (*Finger* 1900), при angiokeratoma Mibelli (*Herxheimer и Schmidt* 1912, *Brandwein* 1912 и мн. др.), при granuloma teleangiectaticum s. granuloma pediculatum s. botryomykosis (*Heuck* 1911, *Schridde* 1912, *Hadda* 1912, *Konjetzny* 1912 и мн. др.) и т. д. Наконецъ, нужно упомянуть объ ангіоматозномъ превращеніи организующихся тромбовъ, особенно часто описываемомъ въ воротной и селезеночной венахъ.

Остановлюсь нѣсколько подробнѣе на вопросахъ о ботріомикотическихъ гранулемахъ и о кавернозномъ превращеніи тромбовъ воротной вены.

Ботріомикозомъ *Bollinger* (1870 и 1887) назвалъ хроническое заболѣваніе, впервые имъ констатированное въ 1869 г. въ легкихъ у лошадей. При этомъ заболѣваніи происходитъ образованіе множественныхъ фибромоподобныхъ опухолей съ размягченіемъ въ серединѣ опухолей и поясомъ молодой грануляціонной ткани между центральнымъ, размягченнымъ и периферическимъ, фибрознымъ участками.

Въ рѣдкихъ случаяхъ авторы наблюдали также метастазы этихъ опухолей въ другіе внутренніе органы. Такія же опухоли, но въ незначительномъ количествѣ, были найдены и у другихъ животныхъ и, наконецъ, въ 1897 г. *Poncet и Dor*'омъ въ кожѣ у человѣка. Послѣдніе авторы изслѣдовали четыре случая такихъ опухолей, состоявшихъ изъ грануляціонной ткани и сидѣвшихъ на ножкахъ, и назвали ихъ „papillomes inflammatoires“ или „botryomycose humaine“. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ опухолей также были найдены периферическіе фиброзные ободки, затѣмъ пояса изъ грануляціонной ткани, а въ центральныхъ частяхъ опухолей эмбріональнаго характера кровеносные капилляры. До послѣдняго времени былъ опубликованъ цѣлый рядъ работъ по поводу этихъ „ботріомикомъ“. Такъ, *Henck* собралъ изъ литературы 125 такихъ случаевъ, изслѣдовалъ же ихъ семь. Одни авторы считаютъ всѣ случаи даннаго заболѣванія идентичными и всегда инфекціоннаго происхожденія, тогда какъ другіе это отрицаютъ. Однако почти всѣ авторы указываютъ на воспалительный характеръ этого заболѣванія и на то, что эти опухоли построены изъ грануляціонной ткани. По однимъ авторамъ инфекціоннымъ началомъ даннаго заболѣванія являются различные кокки, по другимъ (*Schridde, Hadda*)—простѣйшія животныя.

Вопросъ о ботріомикозѣ для насъ представляетъ интересъ въ виду того, что *Konjetzny* на основаніи изученія двухъ случаевъ такихъ опухолей пришелъ къ заключенію, что эти „ботріомикотическія“ опухоли должны быть причислены къ особому виду гемангіомъ. „*In den von mir untersuchten Fällen*“, пишетъ *Konjetzny*, „*liegen zweifellos eigenartige proliferierende Angiome vor*“ [1]).

В одномъ случаѣ этого автора на большомъ пальцѣ у 35-лѣтняго мужчины уже давно существовало красное пятнышко. Послѣ ушиба появился пузырь, а затѣмъ грибовидное разрастаніе грануляціонной ткани. Во второмъ его случаѣ у 19-лѣтняго мужчины появилась грибовидная опухоль на языкѣ послѣ укуса.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ обоихъ случаяхъ, оказа-

---

[1]) *Konjetzny*. Zur Pathologie und Aetiologie der sogenannten teleangiektatischen Granulome (Botryomykose). M.m.W. 1912. № 41. p. 2220. Курсивъ автора.

лось, что въ corium'ѣ находились густыя сплетенія капиллярныхъ сосудовъ и кавернознаго вида полости. Поверхность опухолей была покрыта фибрознымъ экссудатомъ. Среди сосудовъ была видна молодая грануляціонная ткань и обильный воспалительный инфильтратъ.

Причисляя обѣ опухоли къ гемангіомамъ, *Konjetzny* указываетъ, что воспалительныя явленія въ случаяхъ другихъ авторовъ затемняли картину гемангіомъ, тѣмъ болѣе, что эти опухоли, по его мнѣнію, въ періодѣ роста („vorübergehendes Wucherungsstadium") [1]) временно похожи на саркомы или же на грануляціонную ткань. „Dass Angiome proliferiren können", пишетъ *Konjetzny*, „und in Randpartien den Eindruck von sarkomatösen Bildungen oder sehr zellreichen Granulationsgewebe machen können, wird vielfach zu wenig gewürdigt". [2]) Несмотря на цитированное мнѣніе *Konjetzny*, на основаніи знакомства съ его статьей и съ приложенными къ ней рисунками, мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ, что изслѣдованныя этимъ авторомъ двѣ опухоли были не гемангіомами, а богатой новообразованными кровеносными сосудами грануляціонной тканью, почему мною онѣ и приведены въ отдѣлѣ „ложныхъ" ангіомъ.

Изъ приведеннаго, однако, видно, какъ трудно, а иногда и невозможно провести границу между истинными и ложными ангіомами.

Такъ называемое кавернозное или каверноматозное (*Pick* 1909) превращеніе воротной вены описали слѣдующіе авторы: *Köbrich* 1903, *Heller* 1907, *Dévé* 1908 и *Cauchois* 1908, *Loeb* 1909, *Risel* 1909, *Versé* 1910 (два случая), *Emmerich* 1912 и др.

Въ однихъ изъ случаевъ, описанныхъ перечисленными авторами, было найдено кавернозное превращеніе организованнаго тромба воротной вены, а иногда и ея развѣтвленій, въ другихъ случаяхъ кромѣ того наблюдалось одновременное кавернозное превращеніе какъ тромбовъ въ селезеночной венѣ, такъ и всей печеночно-двѣнадцатиперстной связки (*Loeb*) или только перипортальной ткани (*Versé*).

Напомню, что *Pick* описалъ такого же, „каверноматоз-

---

[1]) *Konjetzny*. l. c. ibidem.

[2]) *Онъ-же*. l. c. ibidem.

наго", характера измѣненія въ печеночно-двѣнадцатиперстной связкѣ, которыя онъ объяснялъ разрастаніемъ гемангіомы стѣнки воротной вены (см. стр. 522). Однако, остальные авторы не согласились съ толкованіемъ *Pick*'а. Такъ, напримѣръ, *Versé* указываетъ на совершенную тождественность случая *Pick*'а со случаями остальныхъ авторовъ, описавшихъ кавернозное превращеніе тромба воротной вены, и приходитъ къ заключенію, что и въ случаѣ *Pick*'а также имѣло мѣсто какъ своеобразное измѣненіе грануляціонной ткани при организаціи тромба, такъ и образованіе коллатеральныхъ путей: „...die Ausgänge", пишетъ *Versé*, „einer teleangiektatischen Granulationsgewebsbildung mit starker fibröser Umwandlung"[1] и „...diese Fälle von hochgradiger cavernöser Umwandlung des ganzen portalen Gewebsstranges können nicht anders aufgefasst werden als eine sekundäre Kollateralentwicklung....[2]).

Такимъ образомъ, повидимому, и въ интересующихъ насъ случаяхъ одинъ и тотъ же процессъ однимъ авторомъ отнесенъ къ истиннымъ гемангіомамъ, другими же къ послѣдствіямъ воспаленія.

3) Чрезмѣрное развитіе сосудовъ въ различнаго строенія опухоляхъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлаетъ послѣднія очень похожими на гемангіомы.

Virchow описывалъ такія опухоли, очень богатыя сосудами, какъ разновидности различнаго строенія опухолей. „Ich habe", пишетъ онъ, „fast bei jeder dieser Formen, bei den fibrösen. lipomatösen, mucösen, gliösen u.s.w. Geschwülsten, eine telangiektatische Form aufgeführt"[3]). Однако тутъ же *Virchow* указываетъ, что сосуды въ такихъ случаяхъ иногда развиваются на столько сильно, что почти исчезаетъ основная ткань опухолей („...so dass", говоритъ *Virchow*. „von dem anderen Gewebe beinahe nichts übrig bleibt").[3]) Относительно такихъ опухолей иногда бываетъ очень трудно высказаться, къ какому виду ихъ слѣдуетъ отнести, и рѣшеніе такого вопроса всецѣло зависитъ отъ произвола изслѣ-

[1]) *Versé*. Über die cavernöse Umwandlung des periportalen Gewebes bei alter Pfortaderthrombose. Z. Beitr. 48 3. p. 533.

[2]) *Онъ-же*. l. c. p. 534.

[3]) *V*. p. 461.

дователя. („Hier kommt es“, говоритъ *Virchow*, „zuweilen auf die Willkür des Beobachters an, wohin er eine solche Geschwulst rechnen will“)[1]).

Въ большинствѣ учебниковъ новообразованія, по примѣру *Virchow*'а, описываются какъ телеангіэктатическія или ангіоматозныя (при чемъ различаются какъ доброкачественныя, такъ и злокачественныя телеангіэктатическія опухоли), или какъ смѣшанныя опухоли.

Особенно часто описываются ангіофибромы (*Mauclaire и de Bovis* 1896, *Martini* 1905 и др.; см. стр. 100, 234, 235, 345, 351, 407, 486, 496, 497, 543 и др.), которыя, по мнѣнію большинства авторовъ, являются послѣдствіемъ обратнаго развитія гемангіомъ, а затѣмъ ангіо-липомы (*Bousquet* 1887, *Bartels* 1888, *Weber* 1890, *Berenbruch* 1890, *Quénu* 1890, *Stoll* 1892, *Mauclaire и de Bovis* 1896, *Liebscher* 1901 и мн. др.), гемангіо-лимфангіомы (*Remedi* 1897, *Morestin* 1898, *Jeanbrau* 1899 и мн. др.), ангіо-міомы (*Tusini* 1896, см. стр. 216, *Петровъ* 1910, см. стр. 220 и др.), ангіо-гліомы (*Stroebe* 1895), ангіо-хондромы (*Siegert* 1892), ангіо-сарко-гліомы (*Würth* 1894) и т. д.

Заслуживаетъ упоминанія также случай, описанный ж.-врачемъ *Bascho* (1909).

Bascho въ железистомъ ракѣ печени описала множественныя гемангіомы, замѣченныя только при микроскопическомъ изслѣдованіи раковыхъ узловъ. По мнѣнію автора, въ этомъ случаѣ кавернозныя гемангіомы развились, благодаря расширенію капилляровъ грануляціонной ткани, замѣстившей некротическіе участки раковыхъ узловъ. „Ich nehme an“, пишетъ *Bascho*, „dass die Kavernome aus den Kapillarsprossen des in das nekrotische Tumorgewebe eindringenden substituierenden Bindegewebes hervorgegangen sind“ [2]). Сама *Bascho* высказала предположеніе, что генезъ найденныхъ ею кавернозныхъ гемангіомъ говоритъ за то, что образованіе всѣхъ кавернозныхъ гемангіомъ печени происходитъ вслѣдствіе застоя крови, гибели печеночной и развитія грануляціонной ткани.

Однако мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ предположе-

---

1) *V.* p. 461.

2) *Bascho.* Ein Fall von starkzystischem, Papillen bildenden primären Adenokarzinom etc. F. Z. III/1. p. 253.

ніе, что описанныя ею образованія были не истинными гемангіомами, а ложными, развившимися на почвѣ своеобразнаго превращенія грануляціонной ткани, проросшей некротизованныя части злокачественной опухоли печени.

Изъ всего сказаннаго въ настоящей главѣ видно, какіе разнообразные процессы могутъ симулировать гемангіомы, подразумѣвая подъ этимъ названіемъ врожденныя чисто-сосудистыя образованія. Для нѣкоторыхъ изъ этихъ процессовъ даже пришлось ввести терминъ „ложныя" ангіомы. Этотъ терминъ однако сталъ примѣняться для обозначенія самыхъ различныхъ образованій, что повлекло за собой еще бóльшую путаницу. Поэтому въ настоящее время подъ названіемъ „истинныхъ" и „ложныхъ" ангіомъ часто описываются процессы, не имѣющіе ничего общаго не только съ сосудистыми опухолями, но даже и вообще съ опухолями.

Литература. 1863. **V.** см. стр. 9. — 1870. **Bollinger.** Mycosis der Lunge beim Pferde. V.A. 49. — 1886. **Wedl und Bock.** см. стр. 503. — 1887. **Bollinger.** Über Botryomycose beim Pferd. D. Z. f. Tiermedizin. 13. p. 176. см. Heuck. — 1887. **Bousquet.** Angio-lipome caverneux de la main. Opération et guérison. Soc. chir. 22. VI. см. V.I.B. 22. — 1888. **Bartels.** Tumor der Wange. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 18. XI. Пр. in D.m.W. 1889. № 6. см. C. Path. 1890. p. 814. — 1890. **Weber.** Ueber einen seltenen Fall von Angiolipom in der Fossa supraclavicularis sin. I.D. Würzburg. см. V.I.B. 25/II. p. 389. — 1890. **Berenbruch.** см. стр. 446. — 1890. **Quénu.** Lipome congénital. Soc. chir. XVI. № 1. см. C. Path. 1891. p. 15. — 1892. **Stoll.** Beiträge zur Kasuistik der Lipome. B.B. VIII. p. 597. см. стр. 473; L.O.E. 1/2. p. 316. — 1892. **Siegert.** Ueber primäre Geschwülste der unteren Luftwege. V.A. 129. p. 413—425. — 1894. **Würth.** Ein Fall von Angio-Sarco-Gliom des Grosshirns. I.D. München. см. C. Path. — 1895. **Stroebe.** Ueber Entstehung und Bau der Gehirngliome. Z. Beitr. XVIII. p. 405—486. — 1896. **Tusini.** см. стр. 225. — 1896. **M.B.** см. стр. 49. — 1897. **Poncet et Dor.** De la Botryomycose humaine, identité de nature des tumeurs d'apparence papillomateuse chez l'homme avec la Botryomycose ou champignon de castration du cheval. Congr. franç. de chir. Paris. см. Heuck и др. — 1897. **Remedi.** Atti della R. Acad. di Siena. VIII. см. C. Path. 1898. p. 307. — 1898. **Morestin.** Soc. anat. 3. VI. см. ibidem. — 1899. **Jeanbrau.** Soc. anat. 20. X. см. ibidem. — 1899. **Weselowski.** Beitrag zur pathologischen Anatomie des Xeroderma pigmentosum. (Vorl. Mitt.). C. Path. X. p. 990. — 1900. **Finger.** Die Hautatrophien (Atrophia diffusa, Anetodermia, Atrophia maculosa) und deren Verhältniss zur Sklerodermie. W.m.W. № 2 и 3. — 1901. **Liebscher.** Angiolipom des Wirbelkanals

mit Compression des Rückenmarks. Pr.m.W. 26. № 16. p. 189—191. см. C. Path. 1902. p. 680; L.O.E. X. p. 677. — 1903. **Köbrich**. Ein Fall von cavernöser Umwandlung der Pfortader. I.D. Kiel. (описалъ случай Heller'a). см. Pick, Versé, Heller и др. — 1904. **Ribbert**. см. стр. 50. — 1904. **Schnaudigl**. Die kavernöse Sehnervenentartung. A.f.O. 59/2. p. 344—359. — 1904. **Heller**. Über traumatische Pfortaderthrombose. P.G. VII. p. 182—189. — 1905. **Martini**. Angio-fibroma cavernoso fessurale. Giorn. della R. acad. di med. di Torino. № 9 и 10. см. C. Chir. 1906. p. 629. — 1905/06. **Ziegler**. см. стр. 308. — 1905. **Подвысоцкій**. Основы общей и экспериментальной патологіи. — 1908. **Harter et Weil**. см. стр. 308. — 1908. **Ribbert**. см. стр. 50. — 1908. **Dévé**. Splénomegalie avec anémie d'origine pyléthrombosique. Normandie méd. 1 Mars. см. Pick и Versé. — 1908. **Cauchois**. Splénomegalie chronique d'origine pyléthrombosique. Thèse. Paris. Juillet (описалъ случай Dévé). см. ibidem. 1909. **Loeb**. Über zwei bemerkenswerte Fälle von Pfortaderthrombose. I.D. Bonn. (описалъ случай Jores'a). см. Versé. — 1909. **Risel**. Ein Beitrag zur thrombotischen Obliteration und cavernösen Umwandlung der Pfortader. D.m.W. № 39. p. 1685. — 1909. **Pick**. см. стр. 527. — 1909. **Borst**. см. стр. 50. — 1909. **Никифоровъ**. см. стр. 50. — 1909. **Bascho**. Ein Fall von starkzystischem, Papillen bildenden primären Adenokarzinom der Leber mit wässeriger Sekretion seitens der Krebszellen. F.Z. III/1. p. 242—261. — 1910. **Петровъ**. см. стр. 229. — 1910. **Versé**. Über die cavernöse Umwandlung des periportalen Gewebes bei alter Pfortaderthrombose. Z. Beitr. 48/3. p. 526—539. — 1910. **Trawinski**. Ueber persistierende teleangiektatische Hautveränderungen nach Spätlues. M.f.D. 50/2. — 1910. **Kaji**. Über den pathologischen Befund der Ovarien bei Osteomalazie in Japan. Gyn. Rundschau. H. 8. p. 289. — 1911. **Borst**. см. стр. 50. — 1911. **Heuck**. Über „Granuloma pediculatum" (sog. menschliche Botryomykose). D.Z. XIX. 3. p. 221—243; 4. p. 324—342 и 5. p. 404—419. — 1912. **Schridde**. D.m.W. № 5. — 1912. **Hadda**. Ein Fall von Granuloma teleangiectaticum manus. B.kl.W. № 40. p. 1896—1897. — 1912. **Brandweiner**. Hat das Angiokeratoma (Mibelli) Beziehungen zur Tuberculose. W.m.W. № 19. — 1912. **Herxheimer und Schmidt**. Neoplasmen der Haut. L.O.E. XVI/1. p. 635, 638, 640 и др. — 1912. **Johansen**. Geschwulstbildung, Neubildung oder Missbildung. F.Z. 11. H. 2 и 3. см. B.kl.W. № 50. — 1912. **Ржаницынъ**. см. стр. 482. — 1912. **Konjetzny**. Zur Pathologie und Aetiologie der sogenannten teleangiektatischen Granulome (Botryomykose). M.m.W. № 41. p. 2219—2220.—1912. **Emmerich**. Die cavernöse Umwandlung der Pfortader. F.Z. 10. H. 3. p. 362—374. см. M.m.W. — **Janowski**. см. Schmieden (1900, стр. 307). — **Velitz**. см. Kaji. —

ПРИЛОЖЕНІЕ КЪ ВТОРОЙ ЧАСТИ.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
1	1891	*Haug.*	ж.	22 л.	прав.	Бугристая опухоль сережки величиной съ орѣхъ.
2	1897	*Gruber.*	м.	58 л.	лѣв.	Бугристая опухоль, величино голубиное яйцо, сидящая на н комъ основаніи на ушной ракоі
3	1900	*Kjor.*	ж.	9 л.	—	Опухоль сережки уха, велич съ кедровый орѣхъ.
4	1901	*Alexander.*	м.	30 л.	лѣв.	Опухоль ушной раковины, ве ной съ горошину, сидящая на н кой ножкѣ.
5	1903	*Arslan I.*	ж.	60 л.	лѣв.	Небольшая плотная опухол ножкѣ, прикрѣпленной къ ше na tympani.
6	1903	*Arslan II.*	м.	40 л.	лѣв.	Опухоль круглой формы на но прикрѣпленной по близости membrana tympani.
7	1908	*Дьяконовъ.*	ж.	3 мѣс.	прав.	Опухоль занимала всю ниж часть ушной раковины.
8	1909	*Citelli I.*	м.	41 г.	прав.	Въ кожѣ надъ сосцевиднымъ росткомъ небольшая бугристая холь, величиной съ горошин
9	1909	*Citelli II.*	ж.	30 л.	лѣв.	Въ области козелка бугристая холь, величиной съ небольшую рошину.
10	1909	*Cesbron.*	м.	36 л.	прав.	На задней поверхности ушного витка опухоль, величиной съ г биное яйцо, на широкой нож
11	1911	*Manasse.*	м.	14 л.	—	Большая опухоль, величиной ст локо,

тр. 99).

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
нозная гемангіома, состоящая изъ неболь- полостей. Въ стромѣ опухоли видны ту- лезные бугорки, а кругомъ сосудовъ зна- льный круглоклѣточный инфильтратъ.	Опухоль была замѣчена по- слѣ привитія оспы, когда больной былъ одинъ годъ.
Кавернозная гемангіома.	Опухоль существовала 30 л. и росла медленно.
Fibroangioma.	Опухоль была замѣчена за 1/2 года до операціи.
Haemangioma cavernosum.	
ngioma. Мѣстами видны чрезвычайно расширенные большіе сосуды.	Рецидивъ опухоли за годъ до операціи. Авторъ удалилъ у этой же больной совершенно такую же опухоль, находив- шуюся на томъ же мѣстѣ.
ngioma. Многіе сосуды чрезвычайно рас- ширены.	
ngioma cavernosum. Большое количество разованныхъ сосудовъ и кровяныхъ по- лостей.	Опухоль отъ рожденія зани- мала мочку правой ушной ра- ковины.
a venosum cavernosum. Опухоль состоитъ омаднаго количества расширенныхъ венъ го калибра. Между венами незначитель- личество волокнистой соединительной ткани.	Опухоль существовала съ рож- денія. Такая-же опухоль на томъ же мѣстѣ наблюдалась у отца и дѣда больного. Кромѣ того у больного найдено нѣ- сколько кожныхъ гемангіомъ.
a venosum cavernosum. Строеніе тоже, что въ случаѣ № 8.	Опухоль существовала съ рож- денія больной, у которой кро- мѣ того на лицѣ видно нѣ- сколько пигментныхъ и сосу- дистыхъ родимыхъ пятенъ.
a cavernosum въ стадіи фибрознаго пе- енія. Кавернозныя сосудистыя образова строенію стѣнокъ представляются похо- жими на гигантскіе капилляры.	Опухоль существовала съ дѣт- ства.
Haemangioma cavernosum	Опухоль врожденная.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдов
12	1869	*Heine.*	м.	21 г.	лѣв.	Въ области лѣваго уха по о ности его были найдены расш ные и переплетающіеся больш суды.
13	1883	*Kümmel.*	м.	53 г.	прав.	Непосредственно позади уха шая пульсировавшая опухоль. мѣры ея 8 cm. × 6 cm. Она с ла изъ расширенныхъ и пер тавшихся артерій въ области пространенія art. auricularis
14	1896	*Flatau.*	ж.	—	прав.	Бугристая опухоль, занимающа вую ушную раковину. Она п руетъ, мягкой консистенці
15	1908	*Serafini.*	м.	14 л.	лѣв.	Большая опухоль наружной п ности ушной раковины.
						ГЕМАНГІ
1	1854	*Virchow.*	ж.	72 г.	прав.	Вся задняя часть теменной замѣщена опухолью, исходи изъ надкостницы.
2	1867	*Virchow.*	ж.	стар.	—	Въ двухъ, далеко другъ отъ находившихся, позвонкахъ най опухоли, величиной съ л орѣхъ каждая.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
›ma arteriale racemosum. Жировое перероіе и атрофія мышечнаго слоя стѣнокъ соъ не только въ предѣлахъ опухоли, но и эпиводящихъ сосудахъ. Intima безъ измѣненій. Ширина адвентиціи уменьшена.	У больного было врожденное красное пятно въ области ушной раковины. Опухоль первые 19 лѣтъ расла медленно, а затѣмъ очень быстро. Причиной появленія рацемозной ангіомы *H.* считаетъ повышенное кровяное давленіе.
ma arteriale racemosum. Всѣ слои сосудовъ ›лько атрофированы и представлялись жиррерожденными, въ особенности мышечный Въ послѣднемъ *K.* описываетъ многочисія пигментныя клѣтки. Граница между inи media неясна, а между media и adventitia хорошо замѣтна.	Опухоль существовала съ дѣтства. Быстрый ростъ ея начался послѣ достиженія 15-лѣтняго возраста.
ysma cirsoides (*Israel*). *Israel* нашелъ расніе и удлиненіе кожныхъ сосудовъ. Стѣнсудовъ очень тонки, частью похожи на каірные, частью же содержатъ очень тонкій мышечный слой.	Опухоль существовала 19 л.
ysma cirsoides. Значительное расширеніе іальныхъ и венозныхъ сосудовъ ушной раы и новообразованіе многочисленныхъ расширенныхъ капилляровъ.	Опухоль существовала съ рожденія и особенно сильно начала разрастаться съ пятилѣтняго возраста. Кромѣ того у того же мальчика было сосудистое родимое пятно нижней лѣвой $^1/_2$ лица. Авторъ упоминаетъ о подобномъ случаѣ, описанномъ *Jones*'омъ. Къ сожалѣнію, мнѣ работа послѣдняго автора не была доступна ни въ оригиналѣ, ни въ рефератѣ.
2.	
ı. стр. 198).	
›нозная гемангіома, состоявшая изъ большпхъ полостей, сообщавшаяся съ сосудами diploë.	У той же больной была кавернозная гемангіома печени.
›генныя телеангіэктазіи. Въ костномъ мозмногочисленные расширенные сосуды.	У той же больной была кавернозная гемангіома печени.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
3	1886	*Матвѣевъ.* (оперир. *Склифосовскій*).	м.	14 л.	прав.	Въ diploë теменной кости пл опухоль, величиною 13 × 14 cm поверхности распила опухоли ны полости, выполненныя т красными массами.
4	1888	*Nauwerck.*	м.	57 л.	лѣв.	Въ области нижняго эпифиза найдена пульсировавшая со стая опухоль.
5	1889	*Дьяконовъ.* (оперир. *Бобровъ*).	ж.	21 г.	лѣв.	Въ области лобной кости была ная круглая опухоль, размѣ около $5^1/_2$ cm., губчатаго строе
6	1889	*Lücke.*	ж.	26 л.	—	Очень плотная опухоль, велич 3×3×3 cm., исходившая изъ за стѣнки Гайморовой полост
7	1893	*Politzer.*	—	—	—	Очень плотная опухоль исхо изъ области sinus lateralis и внутрь черепной полости, отд вая теменную и затылочную мозга, а также мозжечекъ и долговатый мозгъ. Отростки о ли проросли барабанную переп
8	1895	*Gerhardt.*	м.	18 л.	—	На высотѣ V и VI грудного по ка была найдена между тве мозговой оболочкой и костью, а же въ кости мягкая сосудистая холь.
9	1896	*Gibelli.*	м.	—	—	Плотная опухоль въ области ней челюсти.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
найденныхъ полостей была костно-мозго- пространствами, часть же имѣла свою венную оболочку, покрытую спутри эндоте- , и представлялась венозными пазухами.	*Матвѣевъ* назвалъ эту опухоль *остеомой* и указалъ, что онъ въ литературѣ не нашелъ ни одного подобнаго случая. *Дьяконовъ* (1889) указалъ, что, хотя „описаніе *Матвѣева* слишкомъ кратко и неопредѣленно", онъ предполагаетъ, что въ этомъ случаѣ была комбинація остеомы съ ангіомой. *Склифосовскій* (1889) также согласился съ тѣмъ, что опухоль *Матвѣева* была ангіомой.
giectasia simplex hyperplastica. Многочи- ые новообразованные мельчайшіе сосу- ыстланные мѣстами высокими (кубически- цилиндрическими) клѣтками, а мѣстами имъ эндотеліемъ. Кое-гдѣ участки эндо- теліальныхъ клѣтокъ.	Опухоль напоминаетъ эндотеліому.
ngioma myxomatosum (проф. *Шервинскій*). ны полости различной величины, вы- ныя эндотеліемъ. Содержимое полостей ляетъ кровь. Перегородки между поло- состояли изъ рыхл. волокн. соед. ткани, мѣстами изъ миксоматозной.	
ngioma ossificans s. osteoma angiomatosum *nghausen*). Среди соединительной ткани и полостей кавернознаго типа островки ыхъ пластинокъ. Полости являются чрез- но расширенными капиллярами или ка- пиллярными венами.	Отмѣчено, что ростъ опухоли продолжался даже изъ окостенѣвшихъ ея частей.
ngioma cavernosum. Часть опухоли ока- залась окостенѣвшей.	
ngioma (*Recklinghausen*), исходившая изъ кости.	
na teleangiectasico, а по *Schöne* и др.—an- gioma ossificans.	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
10	1896	*Péan.*	м.	50 л.	прав.	Плотная опухоль твердаго н
11	1901	*Zajaczkowski.* (оперир. *Krajewski*).	ж.	38 л.	—	Плотная опухоль лобной кост личиной съ куриное яйцо (дивъ).
12	1901	*Deetz.*	ж.	42 л.	—	
13	1902	*Schmidt.*	—	—	—	
14	1903	*Muthmann.* (*Kaufmann*).	ж.	61 г.	—	Шестой грудной позвонокъ ленъ и замѣщенъ сосудистой холью, толщ. около 0,7 cm. Оп распространилась также въ сп мозговой каналъ и подъ pleur talis.
15	1905	*Schöne.* (оперир. *Bergmann*).	м.	39 л.	лѣв.	Плотная опухоль, величиной штанъ, занимала толщу затыл кости. Опухоль богата кровью и етъ видъ губки.
16	1909	*Saltykow.*	ж.	28 л.	—	Въ тѣлахъ X, XI, XII грудныхъ II, III поясничн. позвонковъ найдены 7 маленькихъ (велич съ горошину и съ бобъ) и одна шая (величиной съ волошскій о въ XII гр. позв.) сосудистыя о ли. Опухоли располагались м костью и періостомъ.
17	1909	*Morestin.*	ж.	26 л.	лѣв.	Плотная опухоль, величиной орѣхъ, занимавшая уголъ ни челюсти. Періостъ съ обѣихъ ронъ былъ здоровъ. Опухоль ла видъ костной губки.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ngioma (*Brault*) въ кости и въ окружающихъ ее мягкихъ частяхъ.	Изъ опухоли имѣли мѣсто повторныя кровотеченія.
Haemangioma cavernosum.	Рецидивъ появился за годъ до II операціи. За 6 лѣтъ до II операціи была удалена изъ того же мѣста такая же плотная опухоль, величиной тоже съ куриное яйцо.
Haemangioma vertebrae.	Случайная находка при вскрытіи.
Haemangioma vertebrae.	Опухоль давила на спинной мозгъ.
ngioma cavernosum vertebrae. Опухоль со- изъ многочисленныхъ кавернозныхъ по- наполненныхъ кровью. Стѣнки полостей и изъ волокнистой соединительной тка- тланной эндотеліемъ. Опухоль вполнѣ дасть костный мозгъ и костныя балки.	Ростъ опухоли активный и носилъ, по *Mulhmann*'у, злокачественный характеръ.
ngioma cavernosum. Опухоль состояла изъ й различной величины, наполненныхъ и заложенныхъ въ волокнистой соеди- ной ткани. Мѣстами въ послѣдней попа- костныя балки, частью атрофированныя, же новообразованныя. Стѣнки полостей и изъ однослойнаго эндотелія и изъ нѣ- ихъ слоевъ вытянутыхъ клѣтокъ, отлича- по окраскѣ отъ клѣтокъ межуточнаго вещества.	Авторъ указываетъ на міэлогенный характеръ описанной имъ опухоли и говоритъ, что ее невозможно причислить къ фиссуральнымъ.
gioma simplex multiplex. Опухоли состо- широкихъ сосудовъ. Стѣнки этихъ со- состояли изъ эндотеліальнаго слоя и тельнотканнаго ободка. Въ полостяхъ ъ были найдены, кромѣ красн. кров. ногочисленные лейкоциты и фибринные . Межуточная ткань представляла собой истую соединительную ткань, въ кото- рывались и костныя пластинки, жиро- выя клѣтки и кое-гдѣ міэлоциты.	Авторъ думаетъ, что гемангіомы увеличиваются также благодаря аппозиціонному ихъ росту, т. е. благодаря тому, что сосуды по окружности опухолей сильно расширяются и ткани, окружающія опухоли, превращаются въ опухолевую ткань („Umwandlung des Gewebes der Umgebung zu Tumorgewebe").
gioma simplex maxillae inferioris (*Le-*)пухоль состояла изъ многочисленныхъ ь сосудовъ, стѣнки которыхъ были обра- изъ эндотелія и дов. широкаго соеди- отканнаго слоя. Мѣстами видны расши- тонкостѣнныя полости, а также артеріи Межуточная соединительная ткань бо-	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія. / Локализація.	Макроскопическое изслѣдо[вание]
18	1911	*Истоминъ.*	ж.	15 л.	лѣв.	Изъ области лѣвой $^1/_2$ лобно[й кости] была удалена плотная по[...]ровидная опухоль, величино[ю] $^1/_2$ куринаго яйца и состоявш[ая изъ] длинныхъ тонкихъ костныхъ [пере]кладинъ, промежутки между [кото]рыми были заняты мягкой [тканью] темно-краснаго цвѣта.
19	1911	*Ribbert.*	—	—	—	Очень большая опухоль въ кос[тномъ] мозгу тѣла позвонка.
20	1912	*Münzer.* (опер. *Kaposi*).	м.	21 г.	прав.	Въ области скуловой кости [...] синяя опухоль съ гладкой п[овер]хностью величиной съ небо[льшое] яблоко. Въ центральной част[и опу]холи была полость, наполн[енная] кровью.
						ГЕМАНГІОМЫ ПР[...]
1	1843	*Liston.* (оперир. авторъ).	м.	10 л.	M. genus	Опухоль величиной съ ку[риное] яйцо.
2	1854	*Robin.* (оперир. авторъ).	—	—	M. vastus internus	Опухоль величиной съ вишн[ю ...]чатаго строенія, черно-кр[аснаго] цвѣта.
3	1863	*Virchow.* (оперир. *Kleefeld*).	—	—	M. thenaris	Опухоль величиною съ небо[льшой] орѣхъ.
4	1863	*Shaw.*	ж.	17 л.	M. latissi-	

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ядрами. Кость представляется атрофиро- ной; мѣстами видны костныя балки.	
ngioma cavernosum. Опухоль состояла ногочисленныхъ кавернозныхъ полостей, нныхъ эндотеліемъ и отдѣленныхъ другъ уга прослойками соединительной ткани, й ядрами. Соединительная ткань была и очень отечна. Кромѣ того видны ар- и вены. Костныя перекладины открыва- ъ незначительномъ числѣ и образуютъ широко-петлистую сѣть.	Опухоль находилась въ губ- чатомъ веществѣ кости и рас- ла 1/2 года.
ngioma cavernosum vertebrae. Строеніе типичное.	Кромѣ того были найдены „ты- сячи" мелкихъ и мельчайшихъ кавернозныхъ гемангіомъ въ печени. Гистологическ. строе- ніе типичное. По *Ribbert*'у, ге- мангіомы являются слѣдстві- емъ неправильностей развитія сосудовъ, т. е. уродствами (Missbildung).
ngioma ossis zygomatici dextri. Видны я пластинки, обложенныя многочислен- остеобластами. Среди костныхъ пласти- асположены многочисленныя полости, енныя кровью. Полости окружены во- окнистой соединительной тканью.	Отмѣчу, что, по *Partsch*'у, опу- холь, описанная *Münzer*'омъ, очень похожа на остеофибро- му, и что *Coenen* предложилъ назвать ее osteofibroma tele- angiectodes.
.	
ШЦЪ (см. стр. 207).	
a cavernosum. Перегородки содержатъ и выстланы плоскимъ эпителіемъ; эла- стическія волокна отсутствуютъ.	Опухоль замѣчена съ двух- лѣтняго возраста.
я, сообщающіяся между собою полости, омъ 0,1 — 0,3 mm. Перегородки фиброз- роенія и заключаютъ много веретено- ыхъ клѣтокъ. Полости сообщаются съ большими венами.	
ь состоитъ изъ довольно большихъ по- раздѣленныхъ плотными соединитель- ными перегородками, въ которыхъ мно- тической ткани. Полости сообщаются съ енными сосудами. Между полостями вид- ны также мышцы.	
ь окружена неполной фиброзной обо-	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдо[ваніе]
					mus dorsi et serrat. ant.	
5	1864	*Campbell-Morgan I.*	ж.	10 л.	M. gastrocnemius	Опухоль величиною съ небо[льшое] куриное яйцо.
6	1864	*Онъ-же II.*	ж.	ср. л.	M. rectus femoris	Опухоль величиною съ небо[льшой] орѣхъ.
7	1875	*Magon.* (оперир. *Tillaux).*	—		M. flexor dig. man. sublimis	Опухоль величиною съ ку[риное] яйцо.
8	1894	*Muscatello I.* (оперир. авторъ).	ж.	9 л.	M. trapezius sin.	Опухоль величиною съ голу[биное] яйцо, ограничена.
9	1894	*Онъ-же II.* (оперир. *J. Boeckel*).	ж.	18 л.	M. quadriceps cruris	Опухоль яйцевидной формы, [вели]чиною съ голубиное яйцо, со[стоитъ] изъ мышечной ткани, прониз[анной] соединительнотканными тяжа[ми, въ] которыхъ видны многочисл[енные] просвѣты сосудовъ.
10	1894	*Онъ-же III.* (оперир. *E. Boeckel*).	м.	28 л.	M. serratus anticus dext.	Опухоль величиною 10 × 8,5 cm. На поверхности опухоли [видны] многочисленные извитые и р[асши]ренные венозные сосуды.
11	1894	*Bonnet.* (оперир. *Vautrin*).	м.	24 г.	M. vastus internus	Опухоль толщиною съ мизи[нецъ,] длиною 4 cm.
12	1894	*Petersen I.*	м.	7 л.	M. gastrocnemius et soleus	Опухоль длиною въ 12 c[m.]
13	1894	*Онъ-же II.*	ж.	11 л.	M. vastus int., sartorius et gracilis	Опухоль достигла величины [при]близительно кулака.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
й. Мышечныя волокна раздвинуты кавер-ими полостями. Между полостями мѣста-ютная, фиброзная ткань съ облитерированными полостями.	
ma cavernosum. Въ полостяхъ флеболиты. перегородкахъ эластическія волокна Мыш-трофированы, между волокнами ихъ много жиру.	
ma cavernosum. Вокругъ опухоли фиброзная оболочка. Мышцы атрофированы.	
ma cavernosum. Опухоль состоитъ изъ со-той сѣти и полостей, наполненныхъ кровью. ъ нѣкоторыхъ полостяхъ флеболиты.	
ma capillare proliferans. Видны новообразные капилляры и артеріи съ утолщенны-ѣнками и гипертрофированнымъ эндоте-. Нѣкоторые капилляры расширены въ видѣ полостей. Капсулы нѣтъ.	Опухоль впервые была замѣчена лишь за нѣсколько мѣсяцевъ до операціи.
ma arteriale. Видны многочисленные арте-ные сосуды съ утолщенными стѣнками. вѣтъ этихъ артерій уменьшенъ. Въ межу-й ткани участки изъ гладкихъ мышцъ. .-пол. мышцы атрофированы. Вокругъ ка-ляровъ круглоклѣточный инфильтратъ.	Оп. впервые была замѣчена лишь за нѣсколько мѣсяцевъ до операціи. Новообразов. гладкихъ мышцъ, по мнѣнію автора, исходитъ изъ мускульнаго слоя сосудовъ.
ma venosum. Въ разросшемся perimysium'ѣ ы зіяющіе, тонкостѣнные венозные сосуды, тромъ до 7 mm. Въ сосудистыхъ поло-видны тромбы; кромѣ венозныхъ сосу-ъ имѣются многочисленные капилляры.	Оп. медленно росла въ продолженіи пяти лѣтъ.
ma capillare. Увеличенное количество ка-ровъ съ гипертрофированными стѣнками. телія капилляровъ расположенъ въ нѣ-ко слоевъ. Капсула отсутствуетъ. Мышцы атрофированы.	
ma cavernosum diffusum. Видны расширен-венозныя полости, раздѣленныя другъ отъ соединительнотканными перегородками.	Опухоль существовала 5 лѣтъ.
ma cavernosum. Опухоль не рѣзко отгра-а. Во многихъ полостяхъ найдены тром-ѣкоторые съ вишневую косточку. Нѣсколь-венозныхъ стволовъ сообщались съ опухолью.	Опухоль существовала 4 года.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдова
14	1895	*Le Dentu.* (опер. авторъ).	ж.	9 л.	M. soleus dext.	Опухоль продолговатой формы личиною съ фасоль, располо среди мышцы по ходу n. til post.
15	1895	*Варнекъ.* (опер. авторъ).	ж.	28 л.	M. rectus abdominis sin.	Опухоль величиною въ ²з лад уплощена, плотна, гладка.
16	1896	*Tusini.*	м.	18 л.	M. serrati sin. dorsi	Опухоль сперва величиною съ шекъ, затѣмъ разраслась до ш ны около 10 cm. и длины — V до XI ребра.
17	1897	*Puporac I.* (опер. *Gussenbauer*).	м.	15 л.	M. rectus cruris sin.	
18	1897	*Онъ-же II.* (опер. *Gussenbauer*).	ж.	14 л.	M. quadric. fem. dextr.	Опухоль яйцевидной формы, ною до 1,5 cm., шириною до 8
19	1897	*Онъ-же III.* (опер. *Gussenbauer*).	ж.	10 л.	M. reg. parietis abdominis anter. dextr.	Опухоль длиною 21 cm., шир 10 cm. занимаетъ мышцы жи Она начинается, отступя на 4 п ца кнаружи отъ позвоночник простирается кпереди и книзу паховой области.
20	1898	*Steele.*	м.	4 л.	M. quadric. fem.	
21	1898	*Margarucci.*	м.	26 л.	M. gastrocnemius	
22	1898	*Meyer I.*	м.	19 л.	Cap. int. m. tric. br.	Опухоль величиной съ кур яйцо.
23	1898	*Онъ-же II.*	ж.	33 л.	M. palm. long. et m.	Опухоль величиной съ кур яйцо.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
a cavernosum. Оп. состоитъ изъ много- ныхъ полостей, выстланныхъ эндотелі- наполненныхъ кровью. Соединительно- я перегородки очень тонки. По окруж- опухоли очень плотная фиброзная ткань, которой видны отдѣльныя атрофирован- ныя мышечныя волокна.	
a simplex hypertrophicum (*Никифоровъ*). тоитъ изъ многочисленныхъ новообра- ыхъ мелкихъ сосудовъ. Мышцы по пери- феріи опухоли атрофированы.	Опухоль впервые замѣчена за 9 лѣтъ до операціи.
mio - angioma. Angioma arterio - capillare. ь состоитъ изъ многочисленныхъ сосу- тeріальнаго и капиллярнаго типа и по- но-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ.	
a cavernosum. Среди мышечныхъ воло- ного сосудовъ капиллярнаго, артеріаль- венознаго типа и участки, состоящіе ьшихъ, наполненныхъ кровью, полостей. послѣднихъ тонки, состоятъ изъ эндо- соединительной волокнистой ткани съ іт. примѣсью гладкихъ мышечныхъ во- Видны гнѣзда круглыхъ клѣтокъ. Мыш- цы атрофированы.	За 6 лѣтъ до операціи на бед- рѣ было синее пятно, изъ ко- тораго исходили вены.
a cavernosum. Строеніе, какъ въ предыд. Въ маленькихъ сосудахъ разрастаніе интимы.	Оп. впервые была замѣчена за 6 лѣтъ до операціи.
a cavernosum. Строеніе то же, что и цыд. случаяхъ. Среди перерожденныхъ значительная жировая инфильтрація. кровеносныхъ, видны и лимфат. сосуды. ія круглыхъ клѣтокъ напоминаютъ лим- фатич. фолликулы.	Опухоль была врожденная.
тонкостѣнныхъ сосудовъ среди фиброз- оединительной ткани. Капсулы нѣтъ.	Опухоль была врожденная.
a cavernosum ossificans. Много кровя- олостей въ богатой клѣтками соедини- канной стромѣ, содержащей многочи- сленныя костныя бляшки.	Опухоль впервые появилась послѣ травмы, 11 лѣтъ до опе- раціи.
a cavernosum diffusum, обычнаго строе- нія.	Опухоль существовала: „нѣко- торое" время.
зная опухоль, похожая на губку. Очень	Опухоль была врожденная.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдов
					flex. dig. subl.	
24	1899	*Bayha I.*	ж.	25 л.	Cap. long. et ext. m. tric. sin.	Опухоль величиною съ ку яйцо.
25	1899	*Онъ-же II.*	м.	17 л.	M. trapezius et latissimus dorsi sin.	Опухоль величиною съ ладонь большая ширина — 4 cm
26	1899	*Онъ же III.*	м.	4 л.	M. supinator longus sin.	Опухоль величиною съ ку яйцо, длиною до 10 cm
27	1900	*Bajardi I.*	м.	12 л.	M. glutaeus medius	
28	1900	*Онъ-же II.*	ж.	10 л.	M. masseter	
29	1900	*Онъ-же III.*	ж.	мол.	M. intercostalis ext. VI	
30	1900	*Онъ-же IV.*	ж.	22 л.	M. flexor digit. ped. com. long.	Оп. величиной съ голубиное
31	1900	*Germe.* (опер. *Tillaux*).	ж.	20 л.	M. teres major sin.	Оп. величиной съ куриное она мягка, дольчата и плохо ничена.
32	1901	*Honsell.*	ж.	21 г.	M. biceps femoris sin. (m. semimembranosus et semitendinosus)	Двѣ опухоли; удалена лишь с изъ двуглавой мышцы. Обѣ ли достигаютъ величины дѣ головки.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
кія вены содержатъ флеболиты, величиною до горошины.	
ma capillare venosum. Капилляры и толизвилистыя вены находятся среди хорохранившихся соединительнотканныхъ и перечно-полосатыхъ мышечныхъ тяжей.	Оп. существуетъ 10 лѣтъ; за нѣсколько недѣль до операціи она начала увеличиваться и сдѣлалась болѣзненной.
ma capillare venosum. Варикозныя расшикапиллярныхъ сосудовъ и исчезновеніе ечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ, ложенныхъ въ области этихъ расширеній. Много тромбовъ.	Впервые за 3 года до операціи больной сталъ ощущать боли при глубокомъ вдохѣ въ области опухоли.
ma cavernosum. Участокъ мышцы замѣсосудистыми образованіями въ видѣ многенныхъ поло тей, наполненныхъ кровью ержащихъ нѣсколько флеболитовъ. Стѣнлостей по своему строенію напоминали стѣнки венъ.	Оп. появилась за 2 года до операціи послѣ паденія на лѣвую руку.
ma cavernosum circumscriptum. Въ межуй ткани опухоли круглоклѣточный инфильтратъ.	Оп. существовала около года.
ma cavernosum diffusum. Въ полостяхъ находились флеболиты.	
ma cavernosum diffusum. Видны сообщенія капиллярными сосудами и кавернозными полостями.	Опухоль впервые была замѣчена за 2 года до операціи.
анная форма: капиллярная, артеріальная озная ангіома. Въ стромѣ небольшія костлянки. Art. и nerv. tibialis post. заключены въ опухоли.	Опухоль впервые была замѣчена за 12 лѣтъ до операціи.
ma cavernosum (*Pilliet*). Она состоитъ изъ численныхъ полостей неравномѣрной веы, наполненныхъ кровью и выполненныхъ эліемъ. Стѣнки полостей состоятъ только изъ соединительной ткани.	*Pilliet* и *Germe* считаютъ эту опухоль врожденной.
myo-angioma. Опухоль состоитъ изъ каэзныхъ полостей, изъ очень значительнаго ества плотной волокнистой соединительани, пронизанной новообразованной гладмышечной тканью и изъ жировой ткани. единительной ткани круглоклѣточный инратъ. Поперечно-полосатыя мышечныя вопо периферіи опухоли представляются атрофированными.	Оп. впервые была замѣчена за 6 лѣтъ до операціи. Гладкія мышцы исходятъ, по мнѣнію автора, изъ стѣнокъ сосудовъ. *Kolaczek* спустя шесть лѣтъ послѣ *Honsell*'я изслѣдовалъ больную. Вторая опухоль за это время не увеличилась.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдова
33	1902	*Margarucci II.*	м.	20 л.	M. rectus abdom.	Опухоль величиной съ кур яйцо.
34	1902	*Viannay.*	ж.	26 л.	M. vastus internus femoris	Опухоль невелика. I операція 1898 г. Рецидивъ. II операція 1902 г.
35	1903	*Manzardo.*	ж.	18 л.	M. quadric. fem.	
36	1903	*Mendelsson.*	м.	2 л.	M. triceps brachii	
37	1903	*Furlkröger.*	м.	23 л.	Короткія м. стопы	Опухоль проросла часть tali и canei dextr.
38	1903	*Rigaud II.* (оперир. *Berger*).	—	—	Мышцы спины	Опухоль величиною съ неболь миндалину.
39	1903	*Онъ-же III.* (оперир. *Berger*).	—	—	M. cubitalis ant. (flexor carpi ulnaris)	Опухоль сѣраго цвѣта, велич съ небольшую миндалину. Мы по периферіи не видно.
40	1904	*Keller I.*	ж.	20 л.	M. biceps femoris et semimembranosus dext.	
41	1904	*Онъ-же II.*	ж.	20 л.	M. multifidus d.	Опухоль величиною съ грецк орѣхъ.
42	1904	*Riethus.*	ж.	14 л.	M. tibialis posticus, flexor digi-	N. tibialis post. проросъ опух и утолщенъ въ 4 раза.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
Angioma cavernosum.	
na cavernosum. Въ полостяхъ флеболиты. Опухоль не ясно отграничена.	
na cavernosum diffusum. Кое-гдѣ находились и лимфатическія полости.	Опухоль врожденная.
gioma cavernosum, типичнаго строенія.	Опухоль врожденная.
Angioma cavernosum diffusum.	Опухоль врожденная. Мать имѣла такую-же опухоль и съ той-же локализаціей.
na cavernosum. Полости произошли изъ ренныхъ капилляровъ. Отдѣльныя полоздѣлены тонкими соединительнотканными ойками. Группы полостей раздѣлены боирокими прослойками. По периферіи видастки жировой и соединительной ткани.	
na cavernosum. (*Cornil*). По периферіи ии соединительная ткань. Въ стромѣ средасти опухоли видны участки полостей, ненныхъ кровью или содержащихъ мелкіе тромбы и ангіолиты.	Полости образованы расширенными капиллярами и маленькими венами.
na cavernosum. Стѣнки полостей построазлично: а) изъ поперечно-полос. мышцъ, эндотелія (капиллярныя полости), с) изъ истой соединительной ткани и эндотеыхъ клѣтокъ, облекающихъ внутреннюю хность стѣнокъ (кавернозныя полости) изъ тканей, которыя по строенію инали стѣнки венъ (венозныя полости). мъ препаратѣ въ межуточной ткани видкія нити эластич. ткани, а также кое-гдѣ и неправильно расположенныхъ гладкихъ ъ. Попер.-полос. мышцы мѣстами атрофиı и замѣщены жировою и соединит. тканью (fibro-lipo-angioma).	
na cavernosum. Строеніе такое же, какъ и едыдущемъ случаѣ: такія же полости, учагладкихъ мышцъ и развитіе жировой и ткани. Два флеболита. (fibro-lipo-angioma).	
na cavernosum diffusum. Полости раздѣтонкими перегородками и расположены дѣ узловъ. Между послѣдними видны шисоединит.-тк. прослойки, содержащія ос-	Опухоль замѣчена послѣ травмы, 4 года до операціи. По мнѣнію *R.*, перегородки между полостями являются слѣдстві-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализа-ція.	Макроскопическое изслѣдова
					tor. long., flex. hall. long., plant. sin.	
43	1904	*Онъ-же II.*	м.	32 л.	M. sacro-spinalis sin.	Опухоль величиною съ поло куринаго яйца и ограничена кимъ слоемъ соединительной т Кое-гдѣ опухоль непосредств переходитъ въ мышечную тк
44	1904	*Mahar.* (оперир *Routier*).	ж.	42 л.	M. pronator quadratus dext.	Величина опухоли 6 cm. × 3 c 1,5 cm. Она фіолетово-краснаго та, плотна, бугриста и имѣет ную капсулу. Во время опер оказалось, что опухоль помѣща въ квадратной мышцѣ.
45	1904	*Alessandri.*	ж.	29 л.	M. trapezius dext.	Опухоль величиной съ апельс
46	1904	*Aurray.*	ж.	около 20 л.	M. vastus int. femoris sin.	Сѣроватаго цвѣта опухоль, вел ною съ орѣхъ.
47	1905	*Sutter I.* (опер. *Arnd* два раза).	м.	$2^{1/2}$ л.	Thenar sin.	При первой операціи удалена ловатая опухоль, величиною съ соль. Рецидивъ. При второй оп ціи удалена опухоль, величиног грецкій орѣхъ.
48	1905	*Онъ-же II.*	ж.	20 л.	M. soleus	Оп. была величиною приблизит

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
поперечно-полосатыхъ мышцъ. Среднія и артеріи гипертрофированы. Вмѣсто вен широкія полости съ выступами стѣнокъ и полостей (образованіе перегородокъ).	емъ разрастанія тканевыхъ элементовъ стѣнокъ.
а cavernosum. Въ этомъ случаѣ *R.* таксываетъ разрастаніе перегородокъ между ими. Видны полости, въ которыхъ стѣнь на ограниченныхъ мѣстахъ содержитъ мыш. волокна. Далѣе видны сообщекду большими полостями съ мышечной і и маленькими полостями безъ мышечэнки. Кое-гдѣ въ межуточной ткани опукруглоклѣточный инфильтратъ и глыбвяного пигмента. По периферіи опухоли нно-полос. мышцы атрофированы; между кнами видно развитіе жировой ткани.	
а cavernosum. (Degeneratio angio-lipoma- Среди раздвинутыхъ мышечн. волоконъ наполненныя кровью полости различичины. Вокругъ полостей сильное разэ кровеносныхъ сосудовъ. Въ другихъ , мышцы раздвинуты жировою массою.	
а cavernosum. Полости неправильной сообщаются между собою и выстланы ніемъ. Перегородки состоятъ изъ соединой ткани, бѣдной ядрами. Въ болѣе шиперегородкахъ видны гладкія мыш. пилляры, вены и артеріи. Между полоимѣются также перерожденныя поперечно-полосатыя мышечныя волокна.	Впервые опухоль замѣчена за 6 лѣтъ до операціи и тогда была величиною съ грецкій орѣхъ.
а simplex capillare (*Cornil*). Видны дольоящіе изъ 8—10 очень расширенныхъ провъ. Между дольками и особенно въ опухоли имѣется плотная фиброзная Въ послѣдней проходятъ сосуды съ рѣзко утолщенными стѣнками.	Боли на мѣстѣ опухоли впервые появились за два года до операціи. Въ центрѣ опухоли, по *Cornil*'ю, имѣло мѣсто хроническое воспаленіе, по окружности котораго образовались сосудистые участки.
а simplex teleangiectaticum въ обоихъ ъ (*Howald*, *Sutter*). Въ соединит. ткани ышечными пучками много утолщенныхъ ъ (утолщены media и эластич. волокна). яры въ видѣ гроздей врастаютъ среди ыхъ волоконъ. Кое-гдѣ круглоклѣточный инфильтратъ.	Опухоль врожденна.
а cavernosum diffusum. Полости различичины съ очень тонкими перегородка-	Въ периф. частяхъ опухоли найдены вены съ неправиль-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдов
		(опер. *de Quervain*).			dext.	но съ грецкій орѣхъ, плотна сулы нѣтъ.
49	1905	*Онъ-же III.* (оперир. *de Quervain*).	м.	12 л.	M. vastus int. sin.	Мягкая опухоль величиною лубиное яйцо. Капсулы нѣ
50	1905	*Онъ-же IV.* (оперир. *de Quervain*).	м.	28 л.	M. supinator longus sin.	Опухоль величиной съ гусиное Капсулы нѣтъ.
51	1905	*Онъ-же V.* (оперир. *Fritzsche*).	ж.	9 л.	M. semimembranosus et semitendinosus dext.	Бугристая опухоль величиной большую тыкву, окруженная брозной капсулой. На разрѣз холь состоитъ изъ полостей р ной величины, наполненных вью; нѣкоторыя полости очен лики и напоминаютъ кист
52	1905	*Kirmisson.*	ж.	14 л.	M. quadriceps femoris sin.	Плотная опухоль, величино миндалину, имѣетъ капсу
53	1905	*Hardouin.*	м.	23 л.	M.quadri-	Большая опухоль занимаетъ

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
,отеліемъ выстланы не вездѣ. Между по- и видны также участки соединительной участки неправильно расположенныхъ -мышечныхъ пучковъ, а также атрофиро- і поперечно-полосатыя волокна. Кромѣ стрѣчаются небольшія кровоизліянія и нія пигмента. На периферіи опухоли, попер.-полос. мышцами, много жировой ткани.	нымъ, узловатымъ разрастаніемъ мышечныхъ элементовъ ихъ стѣнокъ Изъ послѣднихъ, по мнѣнію *Sutter*'а, получаютъ свое развитіе самостоятельные участки гладкихъ мышцъ, найденные въ центральныхъ частяхъ опухоли. Опухоль существовала 11—12 лѣтъ.
ıa cavernosum diffusum. Въ стѣнкахъ кав. ей вездѣ видны гладкія мышцы въ ви- овъ. Такіе же узлы находятся въ видѣ эятельныхъ образованій. Наблюдаются дныя формы отъ нормальныхъ венъ къ лостямъ. Кромѣ того имѣется соедини- тканная строма и круглоклѣточный ин- атъ. Поперечно-полосат. мышцы внутри и и по периферіи ея атрофированы и ены новообразованною жировою тканью. стках изъ гладкихъ мышцъ видны эла- стич. волокна.	Опухоль существовала три года.
ıa cavernosum diffusum. Строма состоитъ эдинит. ткани и гладко-мышечныхъ уча- . Многія кав. полости раздѣлены тонки- регородками, не содержащими эластич. нъ. Кое-гдѣ круглоклѣточный инфиль- Поперечн.-полос. мышцы атрофированы щаются жировой тканью. Наблюдаются нія нѣкоторыхъ кавернозныхъ полостей венами, такъ и съ расширенными капил- лярами perimysii.	Опухоль была врожденна.
ıa cavernosum circumscriptum. Строеніе ъ полостей однообразно: онѣ состоятъ ногослойнаго плоскаго эндотелія, про- й и круговой мускулатуры и плотнаго ительнотканнаго слоя. Изъ стѣнокъ по- въ строму направляются многочислен- жи гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ хъ полостей много эластич. волоконъ. По- о-полосат. мышцы частью атрофированы, астью замѣщены жировой тканью.	
ıa cavernosum (*Bize*). Полости различной ны и формы, наполнены кровью и вы- плоскимъ эндотеліемъ. Въ полостяхъ ъ 3 объизвествленныхъ тѣла. Въ опухо- ло капсулы найдены 2 нервныхъ пучка.	
ıa cavernosum diffusum. Громадныя поло-	Опухоль впервые замѣчена

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдов
					ceps femoris dext.	нымъ образомъ m. vastus int среднихъ частяхъ опухоли фиброзная ткань, содержащая стые сосуды.
54	1906	*Reclus и Magitot I.*	ж.	17 л.	M. latissimus dorsi dext.	На протяженіи 10 × 8 cm. м замѣщена опухолью. Границ слѣдней незамѣтны. На ра опухоль состоитъ изъ наполнен кровью полостей, между кото находится соединительная шечная ткань.
55	1906	*Reclus и Magitot II.*	ж.	28 л.	Muscles épitrochléens.	Опухоль величиною съ капт
56	1906	*Putti I.* (опер. *Codivilla*).	м.	33 л.	M. gastrocnemius sin.	
57	1906	*Онъ-же II.* (опер. *Codivilla*).	м.	29 л.	M. glut. max., med., gastrocn. и м. тыла стопы.	
58	1906	*Roberts.*	ж.	17 л.	M. quadriceps	Опухоль величиною съ кула
59	1907	*Nast-Kolb.*	ж.	12 л.	Мускулатура всей лѣвой голени и стопы	Окружность лѣвой голени был 10 cm. больше окружности пр Свободны были лишь нару брюшко m. gastrocnemii и m. naeus. N. tibialis post. весь про опухолью и утолщенъ раза въ

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
аполненныя кровью, выстланы плоскимъ елiемъ. Авторъ называетъ эти полости ка- рами. Кромѣ того видны многочисленные ькiе капиллярные сосуды, прорастающіе v. Имѣется эндофлебитъ. Поперечно-поло- мышцы раздвинуты полосами жировой и старой соединительной ткани.	была 3½ года до операціи по случаю внезапно появившейся болѣзненности на мѣстѣ ея расположенія.
na cavernosum diffusum. Полости распо- ы въ видѣ отдѣльныхъ группъ. Стѣнки чень тонки и состоятъ изъ одного слоя елія. Кругомъ долекъ видны тяжи соеди- ьной ткани, содержащей перерождающіяся очно-полосатыя мышечныя волокна и со- съ утолщенными стѣнками. Кое-гдѣ круг- точный инфильтратъ и образованія, напо- минающія лимфат. фолликулы.	Опухоль впервые была замѣ- чена мѣсяцевъ за 8 до опера- ціи и росла медленно.
na cavernosum (*Cornil*). На периферіи опу- видна жировая ткань съ немногочислен. -полос. мышечн. волокнами. Большія по- окружены широкимъ слоемъ соединитель- ткани и выстланы эндотеліемъ. Въ нихъ кровь и ангіолиты (фибринъ, инфиль- ванный солями извести). Кромѣ того встрѣ- нѣсколько артерій съ гипертрофиров. ими. Попер.-полос. мышцы перерождены.	Опухоль впервые была замѣ- чена за 3 года до операціи.
na cavernosum. Мышца богата фиброзны- ослойками, содержащими многочисленные ляры и артеріи. Около сосудовъ скопле- руглыхъ клѣтокъ. Въ стѣнкахъ неболь- полостей много эластич. волоконъ. Попе- олосат. мышечн. волокна перерождены.	Боли въ нижней конечности существовали съ дѣтства.
na cavernosum. Строеніе такое же, какъ и дущаго случая. Много тромбовъ и флебо- ь. Соединительной ткани и эластическихъ оконъ меньше, чѣмъ въ случаѣ № 56.	Съ дѣтства были красныя пят- на на кожѣ тыла стопы.
ngioma. Опухоль состоитъ изъ каверноз- полостей. Въ соединительнотканной значительный круглоклѣточный инфиль- тратъ и много гэмосидерина.	
na cavernosum diffusum. Кавернозныя по- раздѣлены какъ плотной, такъ и богатой и соединительною тканью. Кое-гдѣ ско- лимфоцитовъ. Видны остатки поперечно- т. волоконъ и немногочисленныя гладкія а. Въ стѣнкахъ сосудовъ открываются	Первый узелъ опухоли былъ удаленъ, когда дѣвочкѣ было 2½ года. Рецидивъ. Произве- дена ампутація конечности. (I ампутацію по поводу та- кого же заболѣванія описалъ

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдова
60	1907	*Wissmann.* (оперир. *Bier*).	ж.	16 л.	M. dig. long. et fl. hall. long. d.	Опухоль неясно ограничена, чина 12 × 5 cm.
61	1908	*Kolaczek I.*	ж.	13 л.	M. biceps brachii dext.	Опухоль рѣзко ограничена, плотна, величиною съ орѣхъ. на капсула.
62	1908	*Онъ-же II.*	м.	16 л.	M. biceps femoris sin.	Очень плотная, диффузно рас странявшаяся опухоль, величи съ голубиное яйцо.
63	1908	*Онъ-же III.*	ж.	47 л.	M. rhomboideus	Опухоль имѣетъ форму „вытян женской руки". Размѣры: 14 × 3 cm.
64	1908	*Онъ-же IV.*	м.	21 г.	M. masseter sin.	Гладкая опухоль, величиною съ никъ. Капсулы нѣтъ.
65	1908	*Porcile.*	ж.	11 л.	Множеств. пораженіе	1) Большая опухоль, занимаю всю fossa infraspinata; 2) опухоль въ m. triceps brachii.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
льшомъ количествѣ эластическія волокна; єдинит.-тканныхъ тяжахъ ихъ мало, а въ хъ перегородкахъ между полостями они совсѣмъ отсутствуютъ.	*Riethus*).
ngioma cavernosum типичнаго строенія.	Опухоль существовала 9 лѣтъ.
na cavernosum circumscriptum. Часть пре- остоитъ изъ широкихъ полостей, выстлан- эндотеліемъ, другая изъ соединительной съ капиллярами и переходными форма- ь капилляровъ къ кав. полостямъ. Стѣн- удовъ утолщены, иногда до полнаго за- и просвѣта. Поперечно-полосатыхъ мышцъ дно, гладкихъ мало. Кое-гдѣ гіалиновое ожденіе соед. ткани. Вокругъ нѣкоторыхъ овъ скопленія лейкоцитовъ. Въ одномъ мѣстѣ костная бляшка.	Опухоль впервые замѣчена за 3 года до операціи, росла медленно.
ngioma simplex diffusum съ кавернозны- астками. Въ центрѣ опухоли видны боль суды съ разросшейся интимою. Vasa vaso- сширены. Поперечн.-полосат. мышцы атро- аны и замѣщаются жировой тканью, ко- въ свою очередь атрофируется отъ давле- зрастающихся соединительнотканныхъ ба- Въ соединит. ткани немногочислен. глад- ш. волокна. Кругомъ сосудовъ скопленія круглыхъ клѣтокъ.	Опухоль замѣчена за 3 мѣся- ца до операціи.
na cavernosum. Часть опухоли состоитъ пич. кавернозн. полостей, раздѣленныхъ ит.-тканными перегородками. Большею тью стѣнки полостей состоятъ изъ непра- ыхъ соединительнотканныхъ и гладко-мы- хъ участковъ, расположенныхъ безпоря- Всѣ полости выстланы эндотеліемъ. Мно- стическихъ волоконъ. Кругомъ сосудовъ скопленія круглыхъ клѣтокъ, напомина- ющія лимф. фолликулы.	Опухоль замѣчена была за 7 мѣсяцевъ до операціи.
na cavernosum. Строеніе смѣшанное, кк. въ дущемъ случаѣ (№ 63). Гладкія мышцы и л. волокна встрѣчаются въ стромѣ и само- льно. Попер.-полос. мышцы перерождены зщаются жировой тканью. Круглоклѣт. инфильтрата не найдено.	Опухоль впервые была замѣ- чена 5 л. тому назадъ.
nata partim venosa, partim arteriosa. Сосу- стѣнки утолщены; соединит. ткань стро- пертрофирована; поперечно - полосатыя	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализа-ція.	Макроскопическое изслѣдов
					мышцъ	лич. съ орѣхъ, 3) опухоль въ pinator longus, величиною съ шекъ. Всѣ оп. хорошо отгран
66	1908	*Ильинъ.*	м.	22 л.	M. inter-costales VI dext.	Мягкая овальная опухоль, ве ною съ куриное яйцо. На ра виденъ рядъ полостей, раз ныхъ тонкими перегородками. мелкихъ полостей вблизи пол опухоли выполнена камня
67	1908	*Davis I.* (опер. *Halstedt*).	м.	18 л	M. vastus int. dext.	Опухоль на разрѣзѣ имѣетъ губки. Размѣры ея 5 × 4 ×
68	1908	*Онъ-же II.* (опер. *Finney*).	ж.	25 л.	M. gastro cnemius et soleus sin.	Строма опухоли, инфильтри шей мышцы, состоитъ изъ сое тельной ткани, заключающей нозныя полости и широкія
69	1908	*Онъ-же III.* (опер. *Halstedt*).	м.	17 л.	M. fl. dig subl. et prof. ped.	
70	1908	*Онъ-же IV.* (опер. *Halstedt*).	ж.	5 л.	M. obliq. abdo-minis ex-ternus et internus	Размѣры опухоли 5 × 5 × 3 с разрѣзѣ она имѣетъ видъ Видны флеболиты.
71	1908	*Онъ-же V.* (опер. *Finney*).	м.	23 л.	M. masse-ter et buc cinator sin.	Опухоль величиною 5 × 2 с разрѣзѣ губчатаго строенія с сколькими флеболитами въ стяхъ.
72	1908	*Khautz II.*	м.	21 г.	M. vastus medialis dext.	Опухоль плотна, величиною с лубиное яйцо. На разрѣзѣ г рубцовая ткань, пронизанная дами и кавернозными участк

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ы атрофированы и частью замѣщены жировою тканью.	
na cavernosum. По краю видны поперечнополосатыя мышцы, прослоенныя жиромъ, ый входитъ и въ соединит. ткань, раздвиі пучки. Соед. ткань образуетъ рядъ значной толщины перегородокъ, раздѣляюполости, выстланныя эндотеліемъ. Въ пеодкахъ попадается дов. много пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ.	Опухоль существовала давно, м. б. съ рожденія больного.
na cavernosum (*Bloodgood*). Полости выстэндотеліемъ. Въ одной большой полости ь въ стадіи организаціи. Соединит.-тканпрослойки между поперечно-полосатыми нными пучками утолщены. Послѣдніяированы и замѣщаются жировой тканью.	Опухоль впервые была замѣчена 3½ г. до операціи.
na cavernosum (*Bloodgood*). Строеніе тоже, го и въ предыдущемъ случаѣ (№ 67).	Опухоль существовала 14 л.
na cavernosum diffusum (*Bloodgood*). Строеже, что и въ предыдущихъ случаяхъ (№ 67 и 68).	Опухоль впервые замѣчена послѣ травмы, 10 лѣтъ до операціи.
na cavernosum diffusum (*Mac Callum*). Шикавернозныя полости выстланы эндоте. Въ составѣ ихъ стѣнокъ входятъ многоныя гладкія мышечныя волокна, встрѣяся и въ видѣ самостоятельныхъ участ. Поперечно-полосатыя мышцы атрофированы.	Опухоль врожденна.
na cavernosum diffusum (*Mac Callum*). Тиэ строеніе. Кавернозныя полости много- между собою сообщаются, выстланы эндоь. Между группами полостей широкія соеельнотканныя прослойки, иногда гіалиперерожден. Въ стѣнкахъ полостей иноідны отдѣльные пучки гладкихъ мышцъ.	Опухоль появилась 18 лѣтъ тому назадъ послѣ паденія съ лошади.
na cavernosum. По периферіи видно нѣодѣ соединительнотканной капсулы. По-о-полосатыя мышцы атрофированы или ены рыхлой соединительной тканью и ми клѣтками. Среди рубцовой ткани большіе толстостѣнные сосуды, тонкоая вены и переходныя формы между по-	Опухоль появилась 2 года тому назадъ послѣ паденія.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализація.	Макроскопическое изслѣдо
73	1909	*Bénard и Lamy.*	м.	13 л.	M. cruralis sin.	Опухоль величиною съ ор
74	1909	*Дѣдовъ.*	м.	22 л.	M. extensor carpi radialis dext.	Опухоль представляетъ непр по веретенообразное тѣло, окр ное рыхлой сумкой, длиною шириною 4 cm. На разрѣзѣ жество полостей, наполнен кровью; въ одной найденъ шекъ.
75	1910	*Петровъ I.*	ж.	16 л.	M. vastus int. dext.	Плотная кавернозная опухоль чиною меньше грецкаго орѣха. дѣленной границы опухоль н етъ.
76	1910	*Петровъ II.*	м.	12 л.	M. adductor magn. d.	Не рѣзко ограниченная оп удлиненной формы.
77	1910	*Bérard и Patel.*	м.	52 л.	M. psoas sin.	Опухоль, величиной съ кулакъ лаго, окружена плотной, фибр капсулой.
78	1911	*Б рдяевъ.*	м.	22 л.	M. rectus femoris sin.	

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ими и кавернозными полостями. Много ическихъ волоконъ, кровяного пигмента и круглоклѣточнаго инфильтрата.	
ma cavernosum diffusum (angio-leiomyoma). олости, различной величины и формы, аны эндотеліемъ. Перегородки тонки и тъ изъ соединительной ткани. Строма ли состоитъ изъ соединительной ткани, торой заложены самостоятельные участки ихъ мышцъ, нервныя волокна и сосуды. я артеріи утолщены. Особенно измѣнены стѣнки которыхъ неправильно утолще-ртеріализируются". Поперечно-полосатыя ы атрофированы. Въ одномъ мѣстѣ виденъ круглоклѣточный инфильтратъ.	Опухоль впервые была замѣчена, благодаря болѣзненности, 2 года до операціи. Os femoris пораженной стороны была удлинена на 1 cm. По мнѣнію авторовъ, въ возникновеніи гемангіомъ вены играютъ значительную роль.
ngioma cavernosum. Опухоль состоитъ изъ капиллярныхъ, частью изъ болѣе ыхъ сосудовъ и изъ большихъ полостей бразной формы, выстланныхъ эндотелі- содержащихъ кровь. Полости раздѣлены нительнотканными перегородками, въ коь найдены участки эластическихъ и гладкихъ мышечныхъ волоконъ.	Опухоль существуетъ давно, но прежде была значительно меньше.
na cavernosum. По периферіи видна гиюперечно-полосатыхъ мышечныхъ пучмежду этими пучками расположены поля ой и плотной соединительной ткани. Бли- серединѣ опухоли попадаются островки енныхъ сосудовъ и изобиліе гладко-мыхъ пучковъ. Среди послѣднихъ и незаотъ нихъ попадаются островки каверткани (широкія полости, выстланныя энемъ и разграниченныя между собою и соединительнотканными перегородкаКромѣ того видны гнѣзда лимфоцитовъ.	Заболѣваніе началось за 4 г. до операціи.
скопически опухоль совершенно сходна опухолью предыдущаго случая (№ 75).	Заболѣваніе началось за 1/2 года до операціи.
Haemangioma cavernosum.	Опухоль впервые была замѣчена за 1/2 года до операціи и черезъ 1/2 года послѣ ушиба на мѣстѣ ея появленія.
скопическое изслѣдованіе произведено (см. часть третью настоящей работы).	Заболѣваніе началось года за 4 до операціи.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализа-ція.	Макроскопическое изслѣдов[а]
79	1912	*Solieri.*	м.	16 л.	M. rectus ant. sin.	Вся мышца была пронизана ... ватою опухолью.

ГЕМАНГІО[...]

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Локализа-ція.	Макроскопическое изслѣдов[а]
1	1883	*Arragon I.* (оперир. *Le Dentu*).	ж.	28 л.	—	Въ области лѣваго края языка ... холь, величиною съ фасоль. Н[а по]верхности опухоли видны си[...] тыя выпячиванія.
2	1883	*Arragon II.* (оперир. *Polaillon*).	ж.	15 л.	—	Справа отъ кончика языка опу[холь] величиною съ орѣхъ, по нѣско[лько] приплюснутой формы. На по[верх]ности опухоли видны синев[атые] бугорки.
3	1892	*Reverdin и Buscarlet.*	ж.	8 л.	—	Сильное увеличеніе объема яз[ыка] благодаря гемангіомѣ, помѣ[щаю]щейся въ переднемъ его отд[ѣлѣ]. Кромѣ того небольшія каверно[зныя] геманг. на нижней губѣ и на л[ѣвой] щекѣ.
4	1893	*Sendler I.*	м.	16 л.	—	Пять темно-синихъ опухолей

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
-fibroma (капиллярно-кавернозная ангіо-ома). Опухоль состояла изъ молодой (бо-ядрами) и старой (бѣдной ядрами) волок-й соединительной ткани, пронизанной не-численными венозными, многочисленны-лкими артеріальными и громаднымъ ко-твомъ капиллярныхъ кровеносныхъ сосу-Кромѣ того найдены многочисленные уча-изъ кавернозныхъ полостей. Стѣнки мел-артерій представлялись рѣзко утолщен-Стѣнки кавернозныхъ полостей состояли фиброзной соединительной ткани, выстлан-лоскимъ эндотеліемъ. Содержимое соста-кровь и тромбы. Эластическія волокна агались неправильно и отсутствовали въ тонкихъ перегородкахъ между каверноз-полостями. Кромѣ того найденъ кругло-чный инфильтратъ и участки свѣжихъ и хъ кровоизліяній. Поперечно-полосатыя ы представлялись мѣстами атрофирован-ными, мѣстами же перерожденными.	На девятомъ году жизни у больного былъ herpes zoster въ области лѣваго бедра. Съ этого времени онъ началъ чувствовать въ лѣвомъ бедрѣ боль, которая постепенно увеличивалась и явилась причиной неправильностей положенія всей лѣвой нижней конечности. По мнѣнію автора, первичнымъ процессомъ въ его случаѣ было новообразованіе капилляровъ.
4.	
тр. 232).	
ma cavernosum (*Suchard*). Непосредственно слизистой видны полости различной ве-ы, выстланныя эндотеліемъ и наполнен-ровью. Стѣнки полостей состоять изъ сое-ельной ткани, среди которой видны со-суды.	
na linguae (*Cornil*). Въ гипертрофирован-сосочкахъ Мальпигіеваго слоя видны ренные капилляры. Стѣнки расширен-сосудовъ чрезвычайно тонки, выстланы ліемъ. Эпителіальный покровъ языка енъ и отдѣленъ отъ расширенныхъ со-лишь тонкимъ слоемъ соединительной Въ глубинѣ видны кавернозныя полости.	Опухоль существовала съ рожденія, замѣтно увеличивалась въ послѣдніе 4 года.
na cavernosum venosum въ чистой формѣ. изистой расширенные лимфатическіе со-ы безъ связи съ кавернозной ангіомой.	Опухоль врожденная; начала расти на 7-8 мѣсяцѣ. Послѣдній годъ до операціи были многочисленныя кровотеченія.
nata cavernosa multiplicia linguae. Опухоль	Авторъ считаетъ множествен-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	—	Макроскопическое изслѣдова[ние]
						верхней поверхности языка: ... справа, двѣ слѣва. Опухоль, ра[спо]ложенная наиболѣе кзади на [ле]вой сторонѣ языка, величиною [съ] орѣхъ, другія значительно мен[ьше].
5	1893	*Sendler II.*	м.	16 л.	—	Опухоль занимаетъ всю пр[авую] щеку и переходитъ на шею. [На] языкѣ 5 ангіомъ, изъ котор[ыхъ] наибольшая расположена у пра[ваго] края задней ½ языка.
6	1899	*Morelli.*	ж.	47 л.	—	По всей верхней поверхности яз[ыка] разсѣяны сосудистыя опухоли [ве]личиною каждая съ просяное зе[рно].
7	1903	*Rigaud.* (оперир. *Schwartz*).	ж.	45 л.	—	На верхне-лѣвой сторонѣ кон[чика] языка небольшая мягкая опух[оль] величиною съ винную ягоду, вы[ступающая ?] чивающая неизмѣненную слизис[тую] языка.
8	1905	*Morestin.*	м.	35 л.	—	На кончикѣ языка справа сосу[ди]стая опухоль, величиной съ лѣс[ной] орѣхъ. Цвѣтъ опухоли синева[тый], консистенція дов. мягкая.
9	1905	*Дьяконовъ I.*	ж.	24 л.	—	Языкъ достигъ велич. 13 cm.×5
10	1905	*Дьяконовъ II.*	ж.	46 л.	—	Опухоль расположена на конч[ике] языка и по правому боковому краю.
11	1906	*Дьяконовъ III.*	м.	25 л.	—	Въ обл. нижней поверхности сп[ин]ки и правой поверхности яз[ыка] три сосудистыя опухоли.
12	1910	*Meerwein.*	ж.	34 л.	—	Большая опухоль лѣвой полови[ны] языка, особенно задней его час[ти].

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
…ена соединительнотканной капсулой, со… изъ полостей, наполненныхъ кровью и …анныхъ плоскимъ эндотеліемъ. Стѣнки по… состоятъ изъ соединительной ткани и …катъ кромѣ того эластическія волокна и …ѣ пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ.	ность ангіомъ въ языкѣ чрезвычайной рѣдкостью. Опухоли врожденныя и увеличивались лишь медленно.
…nata multiplicia linguae. Строеніе, какъ въ …дущемъ случаѣ (№4). Тоже найдены гладк. мышечн. пучки.	Опухоль врожденная и росла лишь медленно.
Haemangioma.	Кровотеченія изъ языка съ 23-лѣтняго возраста. За 12 послѣднихъ лѣтъ опухоли лишь немного увеличились.
…na cavernosum linguae. Опухоль состоитъ …апилляровъ, расширенныхъ въ видѣ по… . Полости имѣютъ очень тонкую стѣнку, …нную однослойнымъ эндотеліемъ. Въ не… …дкахъ между полостями вездѣ видны …а поперечно-полосатыхъ мышцъ. Слизи… …одслизистая и мышцы безъ особыхъ измѣненій.	Присутствіе ангіомы замѣчено лишь за годъ до операціи. По заявленію автора, изъ 32 мышечныхъ ангіомъ, собранныхъ имъ изъ литературы, данный случай единственный по локализаціи въ мышцахъ языка.
…мя доклада автора, *Cornil* обратилъ вни… что, какъ и въ др. ангіомахъ языка, … въ данн. сл. мышечныя волокна непо…зенно примыкаютъ къ стѣнкамъ полостей.	Оп. существовала съ дѣтства и начала значит. разрастаться лишь нѣск. мѣсяцевъ до операціи.
…ngioma cavernosum. Оп. состоитъ изъ …ит. ткани и неправильныхъ кровенос… полостей, выстланныхъ эндотеліемъ.	9 лѣтъ наз. на лѣвой щекѣ появилась мал. синеватая опухоль, года черезъ два стали припухать нижняя губа, а затѣмъ языкъ.
…е развитіе кровеносныхъ сосудовъ, рас…ныхъ и извитыхъ, съ неб. количествомъ … соединит. ткани. Мышечные элементы …зыка въ обл. опухоли атрофированы.	
…ngioma cavernosum. Опухоль состоитъ …сширенныхъ кровяныхъ полостей, вы…ыхъ эндотеліемъ. Мышцы языка атрофированы.	15 л. наз. на нижн. пов. языка появилось небольшое синее пятно, кот. черезъ 5 л. выросло въ опухоль, кот. была удалена. Затѣмъ рецидивъ.
…iectasis linguae. Оп. состоитъ изъ громад… …оличества частью расширенныхъ, частью	Оп. за 10 л. до опер. существовала въ видѣ небольшой

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	—	Макроскопическое изслѣдова
						Часть языка (5 cm. × 2 cm. × 2 удалена.
13	1910	*Blumenthal.*	м.	24 л.	—	Гемангіома помѣщалась у к языка на ножкѣ.
14	1910	*Heymans.*	—	—	—	У корня языка помѣщалась дистая опухоль, похожая на холь, описанную *Blumenthal*'е

Т 5.

ГЕМА

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	—	Макроскопическое изслѣдова
1	1883	*Arragon.* (оперир. *Verneuil*).	ж.	15 л.	—	На внутр. поверхности нижн. г ближе къ правому углу рта, неб шая бугристая оп. (1). Посл удаленія – рецидивъ. Вторая оп. же была удалена (2).
2	1883	*Eichler I.* (оперир. *Trendelenburg*).	м.	26 л.	—	Вся нижняя губа отъ рожденія с по утолщена вслѣдствіе разраст опухоли, захватившей также б ко лежавшую кожу и слизисту
3	1883	*Eichler II.* (оперир. *Trendelenburg*).	м.	45 л.	—	Вся нижняя губа отъ рождені нята большой опухолью.
4	1894	*Сарычевъ.*	м.	26 л.	—	На внутренней поверхности в ней губы съ лѣвой стороны неб шая опухоль.
5	1902	*Riecke.* (оперир. *Trendelenburg*).	ж	41 л.	—	Вся верхняя губа отъ рожд утолщена.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
бразованныхъ капилляровъ, распростра-ихся инфильтрирующимъ образомъ среди ной ткани языка. Въ артеріяхъ замѣтно разрастаніе интимы.	выпуклости на языкѣ. Въ виду неудержимаго роста оп. понадобилось 5 разъ произвести различныя опер. *Meerwein* указываетъ, что подобная гемангіома въ языкѣ еще не была описана. (Подобная оп. описана *Muscatello* въ m. trapezins у мальчика 9 л.)
Fibroangioma.	Оп. была впервые замѣчена за 8 л. до опер. *B.* указ., что въ лит. друг. такого случая онъ не нашелъ.
ль сложнаго строенія. Мѣстами она предст. ангіомой, кк. опухоль въ случаѣ *Blumen*- мѣстами встрѣчались исключит. сосуди- „ангіоматозные") участки. Интересно, что ухоли было найдено знач. колич. гладкихъ мыш. вол.	
5. (стр. 239).	
nangioma cavernosum. Кромѣ расширен- кровеносныхъ полостей, въ оп. были най- кистовидныя полости, наполненныя се- ъ содержимымъ. [2]) Кавернозныя полости и разрастаніе грануляц. ткани.	
ngioma simplex. Въ обл. изслѣдованнаго найдена язва. Въ subcutis и между ми многочисленные расширенные сосуды капиллярнаго и венознаго характера.	Кромѣ того синія пятна на обѣихъ щекахъ и на шеѣ.
ngioma cavernosum. Многочисленныя по- сообщающіяся другъ съ другомъ и наполненныя кровью.	Кромѣ того красныя пятна въ кожѣ лица.
ая пещеристая ангіома. Оп. состояла изъ ительнотканной основы, между волокна- рой было большое количество сосудовъ различнаго колибра.	
vasculosus. Он. состояла изъ клубка ар- ныхъ и венозныхъ сосудовъ, располо- ъ въ cutis, subcutis, mucosa, submucosa у мышцами губы. Эластическая ткань	Сосудистое пятно занимало, кромѣ губы, всю лѣвую половину лица.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
6	1903	*Morestin-Faure.*	м.	24 л.	—	Нижняя губа отъ рожденія си утолщена.
7	1903	*Дьяконовъ I.*	м.	17 л.	—	Нижняя губа до 11-лѣтняго во ста больного имѣла нормал видъ, съ этого времени она на увеличиваться.
8	1904	*Дьяконовъ II.*	ж.	8 м.	—	Отъ рожденія въ области вер губы была круглая опухоль ст. въ діам.
9	1904	*Дьяконовъ III.*	ж.	16 л.	—	Отъ рожденія небольшое, сине ровое пятно на нижней губѣ времени операціи достигло ве ны 7 × 3 cm.
10	1905	*Дьяконовъ IV.*	ж.	4 л.	—	Отъ рожденія небольшое пятн нижней губѣ. Черезъ 4 года вс ба и подбородокъ оказались за ми бугристой опухолью.
11	1906	*Дьяконовъ V.*	м.	24 л.	—	Оп. стала медленно расти лѣ до описанія случая послѣ у нижней губы. Она достигла 3 ×
12	1908	*Haubenreisser. Wolf.* (оперир. *Trendelenburg*).	м.	19 л.	—	Отъ рожденія нижняя губа ставлялась въ видѣ большой холи.
						ГЕМАНГІОМЫ
1	1879/1880	*Pilcher-Jerrett.*	ж.	2 м.	—	Большая опухоль, спадавшаяс давленіи.
2	1889	*Hartmann*	ж.	$5^1/_2$ м.	лѣв.	Большая (4 × 5 cm.), дольчатая стами откапсулированная опу

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
…хн. отд. кожи и слиз. перерождена: во… …набухли, плохо красятся и предст. въ …ѣ гомогенныхъ глыбокъ (старч. атрофія).	
…angioma cavernosum (*Fouquet*) типичнаго …нія; поверхн. участки опухоли представлялись воспаленными.	На кожѣ лица и шеи, повидимому, сосудистыя пятна.
…ma (подробнаго описанія не приведено).	Кромѣ того была ангіома подбородка и лѣваго уха.
…оль была сосудистая съ довольно значи…ымъ разрастаніемъ круглыхъ и вытянутыхъ клѣтокъ между расширенными сосудами.	Опухоль переходила отчасти на десну.
…angioma cavernosum. Опухоль состояла изъ …численныхъ кровяныхъ полостей непра…ой формы. Кромѣ того въ опухоли увеличенное количество артерій и венъ.	
…остояла изъ многочисленныхъ кровенос… сосудовъ и изъ широкихъ полостей, на…нныхъ кровью. Между сосудами скопленія круглыхъ клѣтокъ.	
…angioma cavernosum. Въ подслизистомъ и между мышечными волокнами широкія …ти, выстланныя эндотеліемъ и наполненныя кровью.	
…angioma simplex. Оп. состояла изъ много…ныхъ петель тонкостѣнныхъ сосудовъ, …роенію стѣнокъ похожихъ на маленькія вены.	Кромѣ оп. губы наблюдалось сосудистое пятно правой половины лица, а также врожд. аномалія нижней челюсти (ненормальная ея высота). (Неправильное развитіе I жаберной дуги).
…6.	
…ЖЕЛЕЗЫ (см. стр. 250).	
…нозныя полости и нормальная железистая ткань.	Впервые оп. была замѣчена на III недѣлѣ жизни; оп. росла быстро.
…ареніе предсуществовавшихъ мелкихъ со…ъ (артеріолъ и капилляровъ) и послѣ…ельная атрофія железистой ткани. Видны остатки послѣдней въ периферич. отдѣлахъ оп. (*Darier*).	Впервые оп. была замѣчена на VI недѣлѣ жизни. У матери большая кожная сосудистая оп. правой стороны лица.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
3	1897	*Bidone.*	ж.	15 м.	лѣв.	Опухоль величиной съ лѣ орѣхъ, сине-краснаго цвѣт
4	1902	*Kaufmann.*	м.	3 л.	прав.	Дольчатая опухоль, величиною куриное яйцо.
5	1904 1905	*Hardouin.*	ж.	5 м.	прав.	Большая дольчатая опухоль о 7 cm. въ діаметрѣ.
6	1906	*Grulee.*	—	11 м.	лѣв.	
7	1908	*Herxheimer I.*	м.	$1^1/_2$ г.	—	Большая темно-красная опух
8	1908	*Онъ-же II.*	м.	$1^1/_2$ г.	—	
9	1908	*Lewitt.*	ж.	3 м.	лѣв.	Дольчатая опухоль, величиной малое яблоко, легко сжимаемая; с жена соединительнотканной к лой.
10	1908	*Гагенторнъ.*	м.	3 м.	прав.	Богатая сосудами опухоль, до но хорошо отграниченная, вел ною около серебрянаго рубл
11	1908	*Дьяконовъ.*	м.	21 г.	лѣв.	Опухоль, величиною 13 × 7 cm. нимаетъ всю толщу железы и с кается на 5 cm. ниже края челк
12	1909	*Ittmann.*	ж.	$1^1/_2$ г.	лѣв.	Оп. величиной въ сливу, очень гатая сосудами и окруж. тонко ед.-ткан. капсулой.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ангіома, въ которой видны остатки железистой ткани.	
Angioma hyperplasticum.	Оп. впервые была замѣчена на VI м. жизни. Въ кожѣ множ. телеангіэктазіи.
ьки состоятъ изъ многочисленныхъ, очень ихъ капилляровъ, окруженныхъ молодой инительной тканью, кое-гдѣ слизисто-переденной. Мѣстами видны остатки железы.	Оп. впервые была замѣчена на первомъ мѣсяцѣ жизни На кожѣ въ обл. опухоли небольшое сосуд. пятнышко.
холь раздѣлена полосками соединит. тк. на льныя дольки. Въ опухоли, оказавшейся омой, обнаружены участки съ расширен и сосудами, напоминавшіе обиліемъ клѣныхъ элем. саркоматозную ткань. На гран. канью железы въ оп. замѣтны атрофированные железистые элементы.	Въ кожѣ при рожденіи были двѣ маленькія гемангіомы.
ioma simplex. Оп. состоитъ изъ капилляь, между кот. нѣжныя прослойки. соед. ткаи остатки сдавленной железистой ткани.	
роскоп. картина та же, что и въ предшеющемъ сл. (№ 7), но съ болѣе значит. коцеств. веретенообр. клѣтокъ въ межут. тк.	
ioma capillare hyperplasticum. Видны расенные капилляры съ однимъ или нѣсколькими слоями эндотеліальныхъ клѣтокъ. Среди лляровъ богатая ядрами соединит. тк. и остатки железистой ткани.	Небольшое утолщеніе въ обл. железы впервые было замѣчено на второмъ мѣсяцѣ жизни. Оп. росла быстро.
mangioma capillare. Оп. состоитъ изъ расенныхъ венъ и громаднаго колич. капилляныхъ сосудовъ. Кое-гдѣ въ оп. видны артесъ утолщенными стѣнками и остатки оконной железы въ видѣ железистыхъ протоъ и пузырьковъ. Микроскоп. діагн. подтвержденъ *Kaufmann*'омъ.	Непосредств. послѣ рожденія родные замѣтили у прав. уха на щекѣ ребенка небольшое красное пятнышко, а дней черезъ 8 подъ нимъ опухоль. Послѣдняя независима отъ кожн. анг. и росла быстро.
mangioma. Среди различн. плотности соед. и видно увеличенное кол. сосудовъ и мнополостей, выстл. эндотеліемъ и наполн. вью. Мѣстами ок. сосудовъ виденъ круглокл. ильтр. Ткань жел. сохранилась участками.	Опухоль существовала отъ рожденія.
ioma simplex hypertrophicum. Оп. раздѣлеоединит. тяжами на дольки, кот. почти ноч. состоятъ изъ громаднаго кол. капилляь. Нѣкот. капилляры расширены и облада-	Опухоль впервые была замѣчена на второмъ мѣсяцѣ жизни.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдовані
13	1909	*Булгаковъ.*	ж.	30 л.	прав.	Оп. правой половины шеи и щ ной обл., овально-яйцевидной ф мы съ дов. ясными контурами
14	1910	*Haberer.*	ж.	4 м.	прав.	Сперва удалена была небольш обособленная дольчатая опухо. черезъ три недѣли — рецидивъ, п лѣ чего удалена вся железа.
15	1911	*Harras и Suchier.*	м.	2 м.	лѣв.	Неб. увеличеніе объема желе Послѣ опер. оп. макроск. ничѣ не отличалась отъ железы.
16	1911	*Arzt.*	ж.	9 м.	лѣв.	Дольчатая опухоль, величиною дѣтскій кулакъ, ограниченная к сулой.
17	1911	*Usni I.*	ж.	8 м.	прав.	Круглая опухоль, величиною монету въ 5 марокъ, нѣсколько в выпалась надъ уровнемъ щеки. О проросла какъ подкожную тка такъ и epidermis.
18	1911	*Онъ-же II.*	м.	4 н.	лѣв.	Круглая опухоль, величиною грецкій орѣхъ, окруженная тонк капсулой.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
утолщенной стѣнкой. Между капиллярами идны остатки атрофированн. желез. элем.	
ioma cavernosum, развившаяся въ ткани околошной железы (*Морозовъ* и *Марциновскій*). нь железы атрофична, между отд. дольками слойки жировой ткани. „Въ капсулѣ железы и въ окружающей ее ткани замѣтно больше развитіе кровеносныхъ капилляровъ, которые растянуты и запружены кровью (ang. cav.)“. ерія склерозированы. Мѣстами среди соединительнотканной основы железы видны островки лимфоидной ткани. „Опухоль состоитъ исключительно изъ капилляровъ“.	Опухоль существуетъ лѣтъ шесть. Авторъ высказывается за эмбріональный ея характеръ.
ioma simplex (*Stoerk*). Дольки оп. состояли мелкихъ кровеносныхъ капилляровъ съ еле зтными просвѣтами. Эндотеліальныя клѣтки полагались такъ близко другъ около друга, на первый взглядъ получалось впечатлѣн. оматозной опухоли. Кое-гдѣ видны остатки выводныхъ прот. железы.	Опухоль впервые была замѣчена на третьемъ мѣсяцѣ жизни.
ioma simplex hypertrophicum. Видны „толстѣнные“ капилляры, выстл. почти кубичеъ эндотеліемъ, а также болѣе широкія пои, выстл. высокимъ, иногда многосл. эндотеліемъ.	Опухоль, по мнѣнію автора, несомнѣнно врожденная.
nangioma simplex. Оп. раздѣлена на дольки динительнотк. перекладинами. Дольки состъ изъ оч. тѣсно расположенныхъ капилвъ, то спавшихся, то расширенныхъ. Коевидны остатки желез. элементовъ и отд. жировыя клѣтки.	Увеличеніе gl. parotis впервые б. замѣчено на II мѣс. жизни. Оп. росла быстро. Кромѣ того въ обл. родничка найдена небольшая ангіома велич. съ лѣсной орѣхъ.
nangioma capillare hyperplasticum. Оп. разна на дольки тонк. соед.-тк. перекладин. Оп. состоитъ изъ полостей, наполненныхъ ью, соед. ткани, богатой ядрами и изъ атрованной отъ давленія ткани железы (выые протоки и остатки железы). Полости велич. и формы, наполнены кровью и ставл. собою сосуды, похожіе на капилляЭластич. ткани въ ихъ стѣнкахъ нѣтъ. ткань состоитъ изъ тѣсно располож. тел. клѣтокъ и изъ молод. соед.-тканныхъ.	Опухоль впервые замѣчена на первомъ мѣсяцѣ жизни. Ростъ опухоли происходитъ путемъ почкованія капилляровъ.
nangioma capillare hyperplasticum. Дольчаоп. такого же гистол. стр. кк. и предыд. енты железы атрофированы и замѣтны лишь мѣстами.	Оп. впервые была замѣчена, когда мальчику было 2—3 недѣли.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Обнаружена при	Макроскопическое изслѣдован[illegible]
1	1854	*Luschka.*	м.	40 л.	вскр.	Кавернозная оп., величиной съ лубиное яйцо, въ бѣломъ вещес[illegible] лобной доли лѣв. полушарія мо[illegible]
2	1884	*Goodhardt.*	ж.	61 г.	вскр.	Опухоль, величиной съ голуби[illegible] яйцо, находилась въ centrum ov[illegible]
3	1889	*Joseph.*	м.	22 л.	вскр.	Оп., размѣрами 1 × 4,5 × 3 [illegible] занимала весь четвертый желу[illegible] чекъ.
4	1890	*Bremer и Carson.*	м.	25 л.	опер.	Небольшая опухоль нижняго от[illegible] ла восходящей правой теменной [illegible] вилины, занимавшая также ниж[illegible] отдѣлы I и II правыхъ лобн[illegible] извилинъ.
5	1897	*Rossolimo.*	м.	36 л.	вскр. чер. 15 ч. послѣ опер.	Оп., размѣрами 4,5 × 4 cm., зани[illegible] ла lobulus paracentralis sin. (бѣ[illegible] вещество и кору) и доходила [illegible] верхней стѣнки бокового желуд[illegible] ка.
6	1898	*Oliver и Williamson.*	ж	23 л.	опер.	Оп. въ лѣвой двигательной облас[illegible]
7	1899	*Ohlmacher.*	м.	48 л.	вскр.	Множественныя опухоли мозол[illegible] таго тѣла, зрительнаго слоя (?) [illegible] шейнаго отд. спинного мозга.
8	1900	*Shoyer.*	ж.	61 г.	вскр.	Опухоль въ gyrus Broca; къ [illegible] подходила вѣтвь art. fossae Sy[illegible] sin.
9	1900	*Struppler.*	ж.	48 л.	вскр.	Оп., величиной нѣсколько бол[illegible] горошины, въ лѣвой централь[illegible] извилинѣ, выдающаяся нѣск. на[illegible] уровнемъ послѣдней.

ГО МОЗГА (см. стр. 423).

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
Haemangioma cavernosum.	Авторъ считаетъ свой случай первымъ въ литературѣ.
почти вся состояла изъ объизвествленныхъ сосудовъ.	*G.* указ., что другого такого („exact parallel") случая въ литер. не имѣется.
angioma cavernosum. Оп. состояла изъ сис- широкихъ кровен. полостей, выстланныхъ теліемъ и раздѣл. другъ отъ друга соед.- анными перегородками разл. ширины.	
angioma cavernosum типичнаго строенія.	
angioma cavernosum. Оп. состояла изъ по- й, діаметромъ до 1 cm., заложенныхъ въ книстой соед. тк. Въ нѣкотор. полостяхъ тромбы, остальныя были наполнены ью. Кромѣ того, въ вол. соед. ткани откры- ь артеріальные и венозные сосуды. Капсулы по окружн. оп. не было.	Авторъ приводитъ изъ лит. только случай *Bremer и Carson*'а. *Россолимо* допускаетъ возможность развитія сосуд. новообраз. при организаціи кровоизліянія.
tumour faild to reveal anything but simple angioma".	На основаніи опис. авторовъ, оп. мною причислена къ каверн. гемангіомамъ. Такъ же поступили и др., напр., *Аствацатуровъ*.
angiomata cavernosa. Опухоли состояли иущ. изъ большихъ полостей, выстлан- ъ эндотеліемъ и наполненныхъ кровью.	У того же больного найдены при вскрытіи фибро-эндотеліома твердой оболочки гол. м. и остеома паутинной обол. спин. мозга.
angioma cavernosum. Оп. состояла изъ мно- л. больш. полостей, выстл. эндотеліемъ и н свернувшейся кровью. Стѣнки полостей яли изъ фиброзной соед. ткани. Между по- ми были видны нейроглія, отдѣльныя ныя клѣтки и перерожден. міэлиновыя Полости, по *Shoyer*'у, напоминали расшир. вены.	Отмѣчу, что лѣвая ножка мозга, лѣвая пирамида и мостъ представлялись меньше норм. величины.
angioma cavernosum. Оп. состояла изъ сообщающихся др. съ др. большихъ и хъ полостей неправ. формы, выстл. эндо- лъ и наполн. кровью. Полости раздѣл.	Извилины обѣихъ затылочн. долей и прав. теменной представлялись гипоплазированными.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Обнаружена при	Макроскопическое изслѣдова
10	1902	*Bielchowsky.*	ж.	24 л.	вскр.	Въ области правой лобной шаровидная киста, діаметромъ 4 cm., наполненная прозрачной той жидкостью. На днѣ кисты капсулѣ кавернозная опухоль, в чиной съ кедровый орѣхъ.
11	1902	*Bergmann.*	м.	44 л.	опер.	Въ обл. лѣвостороннихъ дви центровъ узелъ велич. съ кій орѣхъ, состоящій изъ клу небольшихъ, извитыхъ и вари но расширенныхъ венъ. Подъ ломъ теменная извилина, въ кот разрѣзѣ обнаружив. многочисл. широкіе просвѣты сосудовъ
12	1903	*Creite.*	ж.	21 г.	вскр. (*Naunwerck*).	Множественныя кавернозныя ан мы (1) въ обл. gyrus marginalis (2) въ корѣ у основ. III лѣвой ной и (3) въ корѣ III лѣвой м (?) извилины, (4) въ корѣ прав тыл. доли, (5) въ бѣломъ вещес прав. лобн. и (6) затыл. долей лѣв. полов. мозжечка и (8) въ п половинѣ Варолієва моста. Вел на узловъ отъ самыхъ маленьк велич. въ булавочную головку, велич. въ орѣшекъ.
13	1904 1905	*Engelhardt. Schmidt.*	м.	26 л.	опер. (*Poppert*)	Изъ бѣлаго вещества мозга на позади sulcus centralis dexter б удалена опухоль, размѣры кото были 4 × 3 × 3 cm.
14	1904	*Becker.*	м.	36 л.	вскр.	Въ прав. теменной долѣ кав оп. велич. съ грецкій орѣхъ.
15	1905	*Finkelnburg*	м.	14 л.	опер. вскр.	На днѣ IV желудочка, ближе спинному мозгу, найдена одна о холь сине-краснаго цвѣта, велич

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
тканными перегород., содержащими капилляры и рѣдкіе большіе сосуды.	
angioma cavernosum. Оп. состоитъ изъ числ. полостей неправильн. формы, выстл. оліемъ и содерж. кровь. Перегородки ме- олостями состоятъ изъ волокн. соед. тк., ми слизисто перерожденной. Капсула ге- омы сост. изъ плотной соед. тк., богатой вол. Стѣнка кисты состоитъ изъ очень тонкаго слоя нейрогліи.	*B.* считаетъ кисту вторичнымъ образованіемъ, развивш. изъ размягченнаго отъ давленія опухоли участка мозга. Къ кав. геманг. *B.* причисляетъ только тѣ сосуд. оп., кот. окружены капсулой.
ma cavernosum diffusum. Оп. состоитъ изъ ненныхъ кровью полостей различной вел., сположенныхъ тѣсно др. ок. др., то раз- ныхъ мозговою тканью. Стѣнки полостей инаютъ стѣнки венъ. Капсулы нѣтъ; по- по периф. незамѣтно теряются среди мозговой ткани.	Кромѣ этого случая *B.* глухо упоминаетъ еще о случаѣ *Bruns*'а и о шести др. случ., не вдаваясь въ дальн. подробности. Случ. *Bergmann*'а очень напоминаетъ таковые, собранные мною подъ рубрикою: angioma venosum racemosum.
ma cavernosum multiplex. Оп. состоитъ изъ числ. кровеносныхъ полостей, раздѣл. ткан. тяжами и мозг. тканью. Капсулы полости диффузно перех. въ окруж. мозг. лости выстланы эндотеліемъ и наполнены ыми и бѣлыми кров. шар. и фибриномъ. ед.-тк. стѣнкахъ отдѣльныхъ полостей въ опухоляхъ видны участки кости. Въ со- ь по окружн. нѣк. оп. видно объизвествленіе стѣнокъ.	*C.* считаетъ, что ангіомы мозга берутъ нач. изъ предсущ. капилляровъ. Для св. случая онъ считаетъ, что „это первичный порокъ закладки (primärer Anlagefehler)“, который можетъ быть обнаруженъ уже у новорожденнаго. Относит. образов. кости въ ангіомахъ онъ указаній въ литер. не нашелъ и считаетъ его метапластическимъ процессомъ послѣ отложенія извести въ склеротич. соед. ткани.
ma cavernosum (*Schmidt*). Оп. состояла зти большихъ и меньшихъ кровеносныхъ ей неправ. формы, выстланныхъ эндоте- Перегородки гомогенныя, часто гіалино- ерождены. Видны были переходы изъ лляровъ мозга въ кавернозныя полости.	*E.* и *S.* считаютъ, что оп. произошла изъ предсущ. капилляровъ мозга, путемъ самостоят. разрастанія послѣднихъ. Появленіе же опухоли сводится къ врожд. закладкѣ („kongenitale Anlage“).
ngioma cavernosum типичнаго строенія.	При жизни произошелъ разрывъ оп. и кровоизліяніе въ обол. зрительнаго нерва.
ngioma cavernosum multiplex обычнаго строенія. Капсулы не было.	*F.* считаетъ свой случай истинной сосудистой опухолью.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Обнаружена при	Макроскопическое изслѣдова
						горошину, выдававшаяся въ лость желудочка. Другая опу нѣск. меньшей велич. и найде обл. четверохолмія.
16	1905	*Zabel.*	м.	3 л.	вскр.	Въ лѣв нижн. половинѣ Варо моста многочисл. красныя по и точки, отчасти замѣтныя в правой половинѣ.
17	1907	*Dobson.*	м.	9 л.	вскр.	Въ бѣломъ веществѣ лѣвыхъ з и темен. долей двѣ небольшія оматозныя опухоли и третья лѣв. ножкѣ мозжечка.
18	1907	*Beitzke.*	ж.	46 л.	вскр. (случ. находка).	Оп. въ извилинѣ лѣвой теме доли.
19	1907	*Nambu Takakazu.*	м.	63 л.	вскр. (случ. находка).	Въ лѣв. полов. Вароліева на высотѣ loci coerulei, нѣск. середины лѣв. пирамиднаго виденъ рѣзко огранич. темно- ный участокъ, велич. ок. 1/4
20	1910	*Astwatzaturoff I.*	ж.	35 л.	вскр.	Подкорковая ангіома, величин голубиное яйцо, на медіальной прав. полушарія мозга на гра между лобн. и темен. доля
21	1910	*Худяковъ.*	м.	51 г.	вскр.	На уровнѣ верхн. пов. мозоли тѣла въ прав. полуш. въ задн сти лобн. доли у ср. линіи въ передней части крупныхъ гангл немного выше ихъ сосудист. велич. въ крупный орѣхъ (діа cm.); ближе къ ср. лин. кав велич. съ лѣсной орѣхъ, выпол ная тромбомъ. Периф. каверны холи переход. непосредств. въ

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
na cavernosum Расширенные сосуд. просто раздѣленные тканью Варолiева мосоприкасающіеся и дающіе картину ка- ѣти. Найдены всѣ переходы отъ норм. ляровъ до чрезвыч. расшир. сосуд. поло- Стѣнки этихъ полостей состоятъ изъ од- ого слоя вытянут. кл. Капсулы нѣтъ.	*Z.* считаетъ, что каверн. полости ничто иное, кк. расшир. предсущ. капилляры. *Z.* говоритъ, что ангіома, вѣроятно, была врожденною („congenital").
na cavernosum. Многочислен. неправ. кровеносные полости („blood sinuses"), енныя фиброзными перегор. и многомелкія артеріи. Однѣ артеріи представл я endarteriitis obliterans; въ стѣнкахъ ихъ видно миксоматозное перерожденіе.	Часть лѣвой ½ мозга атрофирована. *D.* приводитъ подходящій случай („similar case"), опубликов. *Beadles*'омъ, не приводя никакихъ подробностей. Мною случай *Beadles*'а приведенъ въ др. мѣстѣ.
na cavernosum. Группа каверн., наполн. полостей, съ ясно выраж. стѣнками, выстл. эндотеліемъ.	
na cavernosum. Многочисл. полости раз- велич., содержащія кровь. Перегородки олщины, состоятъ изъ бѣдной ядрами овой ткани и выстланы эндотеліемъ. Нѣ- полости запустѣли и наполнены гомо- массой (тромбами). Сообщенія съ сосудами. окруж. мозг. ткани нѣтъ.	*N. T.* предполаг., что, благодаря образованію и органнз. тромбовъ, опухоль мѣстами совсѣмъ запустѣла. Въ литер. онъ не могъ найти описанія ангіомы Варолiеваго моста. *(?).*
na cavernosum. Сѣть полостей, наполнен. и тромбами и раздѣл. соед.-тк. перего- и разл. толщины, непосредств. переход. тк. piae. Капсулы нѣтъ. Въ стѣнкахъ яровъ по окружн. опухоли отложенія извести.	По *A.*, каверномы мозга исходятъ изъ pia: „die Quelle der Angiombildung liegt in der Pia". Онъ же обращаетъ вниманіе на объизвествленіе капилляровъ, кот., по его словамъ, кромѣ него наблюдалъ лишь *Struppler*.
na cavernosum. Отмѣчается смѣшанный ръ сосудовъ со значит. преобладаніемъ ыхъ. Стѣнки сосудовъ утолщены. Остат- г. вещества инфильтрированы круглыми ми; ближе къ центру оп. нельзя найти овъ мозгового вещества — все занято кавернами. Капсулы нѣтъ.	*X.* указываетъ на обычный смѣшанный венозный и артеріальный характ. каверномъ и на невыясненность ихъ этіологіи.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Обнаружена при	Макроскопическое изслѣдов
						шир. сосуды, кот. окружают холь со всѣхъ сторонъ.
22	1911	*Baum.*	м.	21 г.	опер.	Изъ обл. лѣвой центральной лины удалена шаровидная тем няя оп., велич. съ грецкій Она состояла изъ большой выполненной кровяными сг ми разл. давности и прил шей къ кисти въ видѣ ша губчатой ткани.
23	1911	*Astwatzaturoff II.*	ж.	23 л.	вскр.	Большая опухоль въ нижнем дѣлѣ правой височной до
						АРТЕРІАЛЬНЫЯ РАЦЕ
1	1899	*Emanuel.*	м.	36 л.	вскр.	Клубокъ изъ расшир., утолщен и извитыхъ сосудовъ зан область всей правой височн части затылочной долей, ра страняясь вглубь мозга.
2	1902	*Deetz.*	ж.	56 л.	вскр.	Въ правой лобной долѣ въ развѣтвл. art. corporis callosi большой сосудистый клубок стоящій изъ артерій и, отчасти пилляровъ. Послѣ инъекціи яснилось отсутствіе связи съ в ной системой.
3	1903	*Drysdale I.*	м.	17 л.	вскр.	Въ обл. art. fossae Sylvii и ея вей видна ангіоматозная ткань ширенныя вены и кровяная ста, велич. съ вишню.
4	1904	*Drysdale II.*	ж.	26 л.	вскр.	Въ обл. прав. лобн. доли по вѣтвей art. fossae Sylvii dextr.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
a cavernosum. Губчатая ткань состояла огочислен. наполненныхъ кровью и сгу- полостей различной величины. Стѣнки ей очень тонки и выстланы эндотеліемъ, отдѣльн. мѣстахъ въ видѣ бугорковъ вда- просвѣтъ полостей. Стѣнка кисты соед.- канна, толста. Капсулы не было.	*B.* приводитъ изъ лит. 5 слу- чаевъ и указываетъ на то, что каверномы не инфильтриру- ютъ сосѣднія ткани, а лишь отдавливаютъ ихъ, а потому всегда хорошо отграничены.
a cavernosum. Результаты изслѣдованія венны съ приведенными въ I его слу- . № 20). Въ полостяхъ много тромбовъ кеній извести. Соед. тк. опухоли пере- въ соед. тк. piae. Окружающіе каверно- ды увеличены въ числѣ, утолщены и объизвествлены.	*A.* собралъ всего 9 случаевъ каверномъ головного мозга (со своими двумя включит.). Онъ указываетъ на этіологи- ческое значеніе травмы.
МОЗГА (см. стр. 430).	
a arteriale racemosum. Измѣненныя ча- оятъ изъ сосудовъ артер. типа, исход. удовъ мягкой мозг. обол. Стѣнки ново- анныхъ артерій неравномѣрны и часто ы. Наблюдаются разрастанія интимы въ ловъ, выступающихъ въ просвѣтъ, за- начит., но неравномѣрныя разрастанія ъ мыш. волоконъ, напоминающихъ лейо- наконецъ, рѣзкія регрессивныя измѣ- цвентиции (гіалинов. дегенерація, объ- извествленіе и т. п.).	По мнѣнію *E.*, процессъ, согла сно предположенію *Virchow*'a, состоитъ въ непропорціональ- номъ разрастаніи всѣхъ сло- евъ сосуд. стѣнки въ связи съ вторичн. дегенеративными измѣненіями. Измѣненія ко- снулись развѣтвленій art. ce- rebri posterior.
. arteriale racemosum. Въ большихъ со- всѣ три слоя стѣнокъ были сильно ы. Самые малые сосуды состояли изъ альнаго внутренняго и соед.-тканнаго слоя безъ мыш. и эластич. элементовъ; ит. дегенерат. процессовъ не было.	*Therman* считаетъ вопросъ о связи съ венами, столь опредѣ- лен. разрѣшаемый *Deetz*'омъ, для даннаго случая недоста- точно выясненнымъ.
arteriale racemosum. Оп. состояла изъ оостранствъ („spaces"), наполненныхъ кровью.	
arteriale racemosum. Клубки сосудовъ лись изъ поверхности полушарія	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Обнаружена при	Макроскопическое изслѣдов
						денъ пакетъ расшир. и пе тающихся артерій. При разрѣз ны большія сосудистыя поло всей толщѣ мозга, такъ что получался кавернозный видъ. же произошло обширн. кров
5	1905	*Simmonds.*	ж.	45 л.	вскр.	Мягкая мозг. обол. прав. зат ли занята сильно расшир. и извитыми и переплетающимися шими сос., проникавшими вглу ли и почти совершенно выт шими мозг. тк.
6	1905	*Sternberg.*	ж.	25 л.	вскр.	Въ прав. височн. долѣ полос лич. съ кулакъ, наполн. к сгустками. На днѣ этой п клубокъ сильно извитыхъ, стѣнныхъ кровен. сос. вѣтве carotis int. dextr.
7	1908	*Sterzing.*	м.	32 л.	вскр.	Большое кол. извитыхъ и пе тающихся сосудовъ въ обл. раз art. chorioideae sin. въ централ узлахъ лѣв. полушарія на п сверху внизъ—6 cm., справа во въ верхн. частяхъ—2-3 с нижн. ч. ок. 1 cm. Величина со разл.: отъ самыхъ тонкихъ д стиг. размѣры art. radiali
8	1909	*Ranzel.*	м.	36 л.	вскр.	Въ обл. бѣлаго вещества лѣ тыл. обл. надъ заднимъ рогом денъ небольшой рѣзко о узелъ, состоящ. изъ многоч ныхъ тонкостѣнныхъ, наполн вью полостей. Произошло кр ліяніе, и боковой, III и IV дочки наполнены сгустками Кромѣ того leptomeningitis ba tuberculosa.
9	1910	*Znojemsky и Myslivecek I.*	—	—	—	Въ обл. всего лѣваго полуша части прав. art. cerebelli infer terior со всѣми мельчайшими вѣтвленіями представлялас видѣ клубка извитыхъ и ра артеріальныхъ сосудовъ

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
вглубь мозгового вещества.	
na arteriale racemosum. Media нормальна, нѣск. утолщена, elastica уничтожена, на ом1 пространствѣ многіе сосуды затроманы. Воспалительныхъ измѣненій нѣтъ. я и извилистость сосудовъ есть результ. овообразованія сосудист. элементовъ.	Участіе венъ, въ виду отсутствія инъекціи, осталось невыясненъ. Самый процессъ *S.* считаетъ истиннымъ конгенитальнымъ новообразованіемъ.
na arteriale racemosum. Сильное расшиартерій вплоть до тоненькихъ развѣт- безъ значит. измѣненій стѣнокъ ихъ. Вены безъ измѣненій.	*S.* придержив. терминологіи *Virchow*'а и считаетъ свой случай седьмымъ въ литер.
na arteriale racemosum. Сосуды всѣ артеаго типа. Intima хорошо выражена, въ ихъ сосудахъ представляла разращенія дѣ узловъ; мѣстами была объизвествлена. а въ видѣ полнаго кольца видна лишь ьшихъ сосудахъ, обычно она фрагменна. Media и adventitia почти незамѣтны. межуткахъ между сосудами видна разся глія и очаги кровоизліянія съ глыбмелтов. кровян. пигм. На серіяхъ срѣзовъ кк. маленькія артеріи расширяются въ большія синусоподобныя полости.	*S.* не рѣшаетъ вопроса, дѣйствительно ли въ его случаѣ было новообразованіе, какъ признавалъ то *Virchow* для подобныхъ опухолей, или нѣтъ. Изъ литературы онъ упоминаетъ о пяти несомнѣнныхъ случаяхъ (*Emanuel. Deetz, Drysdale. Simmonds* и *Sternberg*). Сл. *Steinheil*'я и *Kalischer*'а онъ исключ.
a arteriale racemosum. Полости по гистроенію стѣнокъ оказались артеріями. во мн. мѣст. утолщена и выпячив. въ въ видѣ бугровъ плотной соед. тк. Elat. имѣется почти во всѣхъ сосудахъ. ки отъ elastica лежитъ хорошо видная чая. Нѣкот. перегородки между полостями истончены.	Вопросъ о сущности этого заболѣванія оставляется авторомъ открытымъ.
a arteriale racemosum. Стѣнки расшир. въ представляли неправ. строеніе: мѣбыло замѣтно разрастаніе, мѣстами ея , наконецъ, мѣстами открывались отлоизвести и желѣза. Ткань мозжечка атрона, кое-гдѣ видны разрастаніе соед. тк. и кровоизліянія.	Авторы считали эту оп. врожденной и указали на то, что они описали первый въ лит. случай рацемозной ангіомы мозжечка.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Обнаруж. при / Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
10	1910	*Они же II.*	—	—	—	Въ обл. лѣв. полушарія голо мозга на мѣстѣ развѣтвленія cerebri mediae былъ найденъ бокъ сильно извитыхъ и расш ныхъ артер. сосудовъ.
11	1911	*Георгіевскій и Мельниковъ-Разведенковъ.*	м.	38 л.	вскр.	Въ лѣвой затыл. долѣ въ обл вѣтвленія art. occipitalis sin. дено сосуд. новообразованіе, явшее изъ вѣтвящихся артер. довъ, стволы кот., равно бо вѣтви ихъ, бухтообразно рас ны и переплетаются въ клу

ГЕМАНГІОМЫ СОСУ

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
1	1879 / 1894	*Panas и Remy.*	м.	54 г.	лѣв.	Около papilla овальная, нѣск. у оп. chorioideae, велич. съ горо безъ рѣзкихъ границъ.
2	1884	*Jenning Miles.*	м.	15 л.	прав.	Въ задн. нар. квадрантѣ глаз лока плоское утолщеніе сосуд діам. 20 mm., толщиною 2,5
3	1885	*Lawford.*	ж.	8 л.	лѣв.	Въ глазу найдены новообраз и расшир. сосуды въ cornea и s Сосудистая оболочка въ обл зрительнаго нерва утолщен
4	1883 / 1885	*Nordenson.*	ж.	11 л.	прав.	Въ заднемъ отдѣлѣ chorioideae холь величиной съ бобъ съ щеніемъ (11 $\times$ 5 mm.) по серед

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
…na arteriale racemosum. Стѣнки сосуд. …лись рѣзко склерозированными. Вблизи …ти мозговая ткань представлялась распавшейся.	Авторы причислили эту опухоль также къ врожденнымъ образованіямъ.
…na arteriale racemosum. При изслѣд. вы…зя артер. характеръ сосудовъ, образую…аневризматическія расширенія. Стѣнки …въ состоятъ изъ трехъ слоевъ съ преоб…емъ мышечнаго, не вездѣ одинак. толщ. …при одномъ и томъ-же просвѣтѣ. Измѣ… прогрессивнаго характ. преоблад. (гипер…ческія разрастанія mediae и intimae въ …й формѣ: ограниченныя міомы и склеро…ія бляшки). Эласт. тк. то образуетъ зам… кольцо вокругъ просвѣта, то распада… отрѣзки. Регрессивныхъ и воспалительныхъ измѣненій не найдено.	Кромѣ того naevus vasculosus въ кожѣ шеи. Авторы считаютъ описанное образованіе „мѣстнымъ уродствомъ артеріальной системы“, а именно: „новообразованіемъ артеріальныхъ сосудовъ эмбріональнаго происхожденія при избыточномъ развитіи первичной сосудистой закладки въ лѣвой затылочной области, ткани которой атрофированы вторично вслѣдствіе внѣдренія нарастающаго сосудистаго клубка, переполненнаго кровью“.
…).	
…И ГЛАЗА (см. стр. 452).	
… кавернозная ангіома chorioideae. Оп. …пт. сост. изъ наполн. кровью широк. по… раздѣленныхъ оч. тонкими соед.-тканн… перегородками, выстл. эндотеліемъ.	*Panas* указ. на связь между появленіемъ опухоли и ударомъ палкой въ соотв. стор. лба. Черезъ 4 г. послѣ удара — энуклеація глаза.
…го строенія кавернозная ангіома, состо… расшир. венъ и капилляровъ. Каверн. полости наполнены кровью.	Врожденный naevus vasculosus прав. полов. лица (оба вѣка захвачены).
… сосуд. полости, большинство кот. состо… расшир. капилляровъ. Полости раздѣ…оненьк. соед.-тканными полосами, выстл. эндотеліемъ.	Naevus vasculosus всей лѣв. полов. лица, захватыв. также оба вѣка. Небольшой naevus въ кожѣ кпереди отъ прав. уха. За недѣлю до энуклеаціи ударъ въ лѣв. глазъ.
…оитъ изъ кровеносныхъ расшир. поло…стл. эндотеліемъ и раздѣлен. др. отъ …кими соед.-тканными тяжами. Стромы …шь кое-гдѣ нѣск. увеличенное количе…ретенообразныхъ клѣтокъ въ перегород… окружающей опухоль волокн. соед. тк. … расшир. сосуды артер. и венозн. типа,	*Nordenson* считалъ свой случай ангіосаркомой, такое же мнѣніе высказалъ *Lagrange*. Большинство ост. авт. (*Wagenmann*, *Giulini*, *Kuhlo*, *Fehr*) причисляютъ этотъ случай къ кавернознымъ гемангіомамъ

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
5	1888	*Schiess-Gemuseus.*	ж.	$14^1/_2$ л.	лѣв.	Въ области экватора глазного лока, занимая въ этомъ мѣст сосудистой оболочки, имѣется кое утолщеніе въ 1—2 mm.
6	1890	*Giulini.*	м.	28 л.	лѣв.	Въ нижней внутренней части ch ideae красно-бурая опухоль, чиной съ чечевицу.
7	1894	*Tailor.*	м.	34 г.	—	Около papilla типичная каверно ангіома, занимающая 1/3 нижне верхности сосудистой оболоч
8	1899	*Deyl.*	м.	5 л.	—	Coloboma maculae.
9	1900	*Wagenmann I.*	м.	50 л.	лѣв.	Въ заднемъ полюсѣ сосудистой ская опухоль. Вся внутренняя верхность ея покрыта тоненько стной пластинкой.
10	1902	*Steffens.*	м.	19 л.	лѣв.	Въ задн. верхн. нар. отдѣлѣ

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
клѣт. инф. и много черно-бураго пиг- Кругомъ опухоли—костная пластинка толщ. въ 1,5 mm.	сосудистаго тѣла.
na cavernosum circumscriptum. На мѣстѣ страненія оп. chorioidea вся сост. изъ шир. (0,042 — 0,112 mm.), выстл. эндотелі- аполн. кровью полостей, раздѣлен. пере- ками, состоящими изъ соед. тк., оч. бога- льшими ядрами. Видны неизмѣненные ярные сос., впадающіе въ описанныя ши- полости. Капсулы нѣтъ, но оп. ясно отграничена.	
кавернозная ангіома сосудистой обо- Оп. сост. изъ наполненныхъ кровью по- разл. формы. Выстланы онѣ эндотеліемъ ѣлены очень тонкими соед.-тканными пе- цками. Стромы почти нѣтъ. Содержа- игментъ клѣтокъ почти не видно. Надъ ью им. связанный съ нею узелокъ изъ соед. тк. Сосуды по окружности опухоли расширены.	
тоитъ изъ наполн. кровью полостей раз- ел. и формы. Перегородки между ними і. тонки. Въ периф. отдѣлахъ оп. много осудовъ съ гіалиново утолщ. media и ихъ съ гомогенной adventitia. Кр. т. нѣск. участковъ остеоидной ткани.	Кавернозныя полости, по мнѣнію *T.*, происходили изъ норм. сосудовъ chorioideae. Локализація оп. указыв. на врожденныя сосудистыя аномаліи.
іэктазія. Подъ истонченной сѣтчаткой ія опухоли, состоявшія изъ многочис- ъ, частью расширенныхъ, тонкостѣнныхъ сосудовъ.	*D.* счит. телеангіэктазію за анатомич. подкладку колобомы. Под. мнѣніе высказыв. также *Tailor* на основаніи сл. *Giulini* и собственнаго. *Wintersteiner* допускаетъ, что сл. *Deyl*'я былъ ангіомой сосуд. оболочки.
vasculosus s. angioma cavernosum. Вид- оч. сосуды разл. вел. и мало рыхлой, ядрами межут. ткани. Часть сосудовъ на капилляры (стѣнка состоитъ только отелія); др. ч. кромѣ слоя эндотелія имѣ- ую соед.-тканную стѣнку. Кр. т. видны ходы отъ капилляровъ къ большимъ ъ. Изъ костной пластинки идутъ отро- опухоль: въ этихъ мѣстахъ видны де- измѣненія (некрозы) стѣнокъ полостей.	На лѣвой щекѣ сосудистая опухоль (6 × 2,5 cm.), захватывавшая и нижнее вѣко. По удаленіи оп., она оказалась кавернозной ангіомой. По *Fehr*'у, опухоль chorioideae была angioma simplex. (?)
состоитъ изъ множества каверн. сосу-	Большой сине-фіолетов. пае-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова[ние]
						выступаетъ въ обл. входа n. o[...] плоская опухоль сосудистой, [...] до 17 mm., высотою до 9 m[m]
11	1903	*Wagenmann II.*	м.	средн. лѣтъ	лѣв.	Въ заднемъ отдѣлѣ глазного я[блo]ка плоская опухоль діаметромъ 10 mm., толщиною 1—2 mm
12	1903	*Greef.*	—	—		Телеангіэктазіи сосудистой, об[разу]ющія большую опухоль.
13	1904	*Kuhlo.*	ж.	13 л.	прав.	Въ нар. задн. отдѣлѣ глазн. яб[л.] сосудистая оболочка утолщена [...]роватаго цвѣта.
14	1905	*Fehr.*	м.	65 л.	лѣв.	Въ нар. задн. отдѣлѣ глазн. яб[л.] кровяно-красное веретенообра[зное] утолщеніе chorioideae. 3/4 оп. ра[сп.] въ верхн., 1/4 — въ нижн. поло[в.] bulbi. Оп. начин. недалеко от[ъ ме]ста вхожденія зрит. нерва. [По]речн. разм. 12 mm., длин. — 6 [mm.,] толщ. — 3 mm.
15	1907	*Meller.*	ж.	33 л.	прав.	Въ задн. полюсѣ глазн. ябл. въ[...] macula lutea веретенообразное [утол]щеніе сосудистой оболочки, д[іаме]тромъ до 7 mm., толщиною [...] 1 mm.
16	1908	*Stoewer.*	ж.	17 л.	лѣв.	Въ нар. полов. сосудистой пл[...] оп., діам. въ 16 mm., толщ. въ [...] Она сост. изъ 2 частей: наруж[ной] ро-красной, мягкой, толщ. ок. [...] и внутр. сѣрой, плотной (кос[...]
17	1905	*Quackenboss.*	ж.	11 л.	прав.	Въ задн. полов. bulbi оп. со[суди]стой, толщ. ок. 2 mm., не за[...]

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ыхъ полостей (преимущ. расшир. и изви- капилляры). Внутренняя поверхность оп. ыта костной пластинкой, толщ. въ отд. мѣ- ь до 2 mm. Костная пластинка заложена въ рыхлой соед. ткани.	vus лѣв. полов. лица, захва- тившій щеку, оба вѣка и лобъ.
us vascularis s. angioma cavernosum. Опу- . вся состоитъ изъ тѣсно располож., оч. тон- ѣнныхъ, наполн. кровью сосудовъ разл. ч. Между ними лишь оч. мало мелково- истой соед. тк. По краю оп. рѣзко отгра- на. На внутр. пов. ея тонкое наслоеніе изъ соед. ткани.	Надъ рукояткой грудины нѣ- сколько вправо ромбовидный кожный naevus vasculosus, длиной ок. 3 mm. Нѣсколько разъ больной ушибалъ лѣ- вый глазъ.
веденъ только рисунокъ микроскоп. строе- нія опухоли.	Картина, прив. *G.*, скорѣе на- помин. каверн. ангіому.
oma cavernosum chorioideae. Утолщеніе cho- eae постепенное. Въ немъ видны многоч. кія сосуд. полости, наполн. кровяными ками. Между полостями тонкія перегород- зъ соед. тк., выстланныя эндотеліемъ. Въ городкахъ кое-гдѣ пигментъ. На внутр. по- верхн. оп. видна костная пластинка.	Прав. половина лица заня- та телеангіэктазіею, свободны лишь лобъ и обл. нижн. че- люсти.
oma cavernosum chorioideae. Сѣть тонкихъ, ыхъ ядрами, соед.-тканныхъ балокъ окру- ь многоч., сообщающіяся между собою, на- . кровью полости разл. формы. Выстланы сти эндотеліемъ. Внутрен. пов. оп. покры- лотн. соед.-тк. слоемъ, переходящимъ ок. нерва въ костную пластинку, толщ. въ 70 μ.	Оп. впервые была замѣчена въ 1885 г., энуклеація произв. въ 1901 г. *F.* считаетъ ангіо- му врожденною.
oma cavernosum chorioideae. Большія поло- выстл. эндотеліемъ, сообщ. между собою. гор. между ними разл. толщ. и сост. изъ ж. ядра, но почти лишенной пигмента, тк. На внутр. пов. оп. пластинка новооб- . ткани, толщ. ок. 2 mm., состоящей изъ гомогенной стромы съ рѣдк. клѣтками.	Авторъ считаетъ опухоль по всей вѣроятности не врожден- ной.
часть опухоли сост. изъ плотно лежащихъ к. др., наполн. кровью полостей, стѣнки соотвѣтствуютъ по строенію стѣнкамъ ка- яровъ; незначит. строма бѣдна клѣтками гментомъ. Костныя пластинки внутр. части тъ видъ губки, отверстія кот. заняты ка- пиллярными сосудами.	Большая часть лѣв. полов. лица занята сосуд. опухолью. Оп. глаза врачу показана впер- вые въ 1899 г. за 8 л. до эну- клеаціи. Мать считаетъ ее вро- жденной. *S.* тоже считаетъ опухоль врожденной.
oma cavernosum. Оп. состоитъ изъ многоч. н. полостей одинаковой вел., тѣсно др.	Правая щека захвачена со- суд. опухолью (naevus vascu-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдован
		Онъ-же и Verhoeff.				щая за экваторъ. На внутр. пов ответств. choriocapillaris кост пластинка.
18	1910	*Reis.*	м.	19 л.	лѣв.	Отъ верхн. внутр. края papillae ти до ora serrata узловатое утол ніе chorioideae.
19	1911	*Bergmeister.*	ж.	26 л.	лѣв.	Вся задняя половина chorioi отъ papilla до экватора занята холью, толщ. кот. дох. до 1,4—1,7
20	1911	*Hippel.*	м.	23 л.	прав.	
21	1912	*Salus.*	—	—	—	
						ГЕМАНГІОМ
1	1856	*Sichel.*	ж.	30 л	лѣв.	На conjunctiva palpebralis sup. но-красная опухоль шарооб формы на ножкѣ; діам. ок. 12
2	1883	*Everbusch*	—	3 г.	—	Скоро послѣ рожденія мать тила красное пятно, начавшее стро увеличиваться. Оп. помѣщ въ plica semilunaris.
3	1884	*Rampoldi и*	м.	53 л.	прав.	Небольшая опухоль велич. съ

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія
р. расположенныхъ. Стѣнки полостей выстл. теліемъ и сост. изъ тонкаго слоя соед. тк.	losus), захватившій и нижнее вѣко.
ома cavernosum chorioideae обычнаго строенія.	
angioma simplex. Капиллярныя полости, ін. кровью и выстл. эндотеліемъ. Межу- ткани совсѣмъ нѣтъ. Шир. полостей больше просвѣта нормальн. капилляровъ дистой. Сосуды большого калибра (артеріи ны) чрезвыч. расширены; въ нихъ токъ и, видимо, замедленъ (краев. стояніе оц). Въ art. ciliares posteriores breves сильн. ртеріитъ (разрастаніе intimae въ видѣ буг-) и новообраз. эласт. вол. Въ остальн. со-къ также явленія эндартеріита, но менѣе рѣзко выраженнаго.	
angioma cavernosum обычн. строенія. Кро-ѣ того найдены окостенѣвшіе участки.	Въ томъ же глазу одновр. найдена капиллярная гемангіома сѣтчатки, проросшая и др. ткани глаза (см. стр. 464).
анная ангіома (гемангіома+лимфангіома), роенію стоитъ на гран. между простой и нозной анг. На стор. оп., обращ. въ глазъ, видна костная пластинка.	Сѣтчатка въ предѣлахъ распростран. оп. сосудист. обол. представл. кистовидно перерожденной.
10.	
вы (см. стр. 476).	
оль соединительнотканными тяжами была лена на четыре части и состояла изъ многочисленныхъ сосудовъ.	По *Pergens*'у, ang. simplex. Данныя микроск. изслѣд. приведены не достат. полно, чтобы можно было съ увѣр. подтвердить этотъ діагн.
олѣе старыхъ мѣстахъ опухоли видны оч. нія расширенія сосудовъ съ утолщеніями брозн. перерожд. стѣнокъ и утолщеніемъ елія. Въ болѣе молодыхъ мѣстахъ новоов. сосуды проникаютъ въ волокн. основ-к. plicae semilunaris, будучи окружены оклѣточнымъ инфильтратомъ. Кровоизліянія.	По *Pergens*'у, ang. cavernosum. Микроск. картина не соотвѣтствуетъ этому опредѣленію.
ma cavernosum conjunctivae et carunculae	Авторы предполагаютъ, что

№	Годъ	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
		Stefanini I.				вую ягоду; состояла изъ 2 ча большей, принадлеж. конъюнк и меньшей, находивш. въ слез мясцѣ.
4	1884	*Они-же II.*	м.	50 л.	—	Оп. на ножкѣ исходила изъ f infer.
5	1889	*Elschnig.*	м.	17 л.	прав.	На конъюнктивѣ верхн. вѣк нар. стор. оп. ок. 1 cm. въ діа тонкой ножкѣ.
6	1893	*Snell.*	ж.	20 л.	лѣв.	Въ области conjunctivae bulbi верхн. вѣкомъ небольшая бугр опухоль, велич. съ ежевик
7	1894	*Kroschinski.*	м.	7 л.	—	Въ нар. углу конъюнктивал мѣшка сине-красная гладкая видная оп. велич. съ горошин дѣвшая на ножкѣ дл. ок. 3
8	1894	*Zimmer-mann.*	м.	11 л.	лѣв.	Въ обл. conjunctivae tarsi вер вѣка небольшая опухоль.
9	1895	*Alt.*	м.	21 л.	лѣв.	У негра въ обл. fornix in дольчатая опухоль.
10	1897	*Reik.*	м.	16 л.	лѣв.	На внутр. стор. conjunctivae ярко-красная оп., длин. въ 15 Замѣч. при рожденіи и постеі сла первые шесть лѣтъ жиз
11	1897	*Fehr.*	ж.	28 л.	лѣв.	На верхн. наружн. пов. conjun bulbi большая темно-красная кая оп. Вскорѣ послѣ рожд. чено темное пятно, кот. увели лось съ 6-лѣтн. возраста. Рост должался 10 лѣтъ.
12	1898	*Bock I.*	м.	19 л.	прав.	Caruncula велич. съ грецкій о plica темно-синяго цвѣта, 4 mm., ложится на bulbu
13	1898	*Онъ-же II.*	м.	11 л.	прав.	Въ обл. прикрѣпленія m. rect terni бугристая оп., велич. съ вицу.
14	1898	*Онъ-же III*	м.	6 л.	лѣв.	a) Подъ верхн. вѣкомъ 2 ма

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
malis. Каждая часть опухоли соед. ткан. ми раздѣлена на дольки. Въ послѣдн. кров. полости и небольшіе сосуды. Доволь ного лейкоцитовъ (остатки бывшаго воспаленія).	оп. сперва находилась въ конъюнктивѣ, а затѣмъ захватила слезное мясцо. *Pergens* почему-то приводитъ эту оп. подъ назв.: angio-fibroma bulbi.
oma cavernosum conjunctivae fornicis primi. Видны наполненныя кровью каверн. полости; кромѣ того участки кровоизліянія.	
розная ангіома съ кавернозными участками.	По *Pergens*'у, fibro-angioma cavernosum.
ыв. картина ангіомы съ больш. колич. тк.; въ 2 мѣстахъ въ видѣ бугровъ отложенія извести.	По *Pergens*'у, angio-fibroma. *Snell* указ. на предшеств. повторн. травматизмъ заболѣвшаго глаза.
холь покрыта эпителіемъ и имѣетъ каверн. еніе. Полости сообщ. между собою и выстл. эндотеліемъ.	По *Pergens*'у, angioma cavernosum fornicis.
ягкая, очень богатая кровью, фиброма.	По *Pergens*'у, fibro-angioma palpebrae.
giofibroma съ кавернозными полостями.	
rnous angioma (vascular naevus). Рыхлая тк. съ многочисленными кровеносными сосудами.	По *Pergens*'у, angiofibroma conjunctivae bulbi.
oma cavernosum conjunctivae bulbi. Опухоль алась тип. каверн. ангіомой съ флеболитомъ въ нижн. отдѣлѣ.	
Angioma simplex conjunctivae plicae.	
oma cavernosum conjunctivae bulbi. Оп. оказал. типичн. кав. ангіомой.	
дены капилляры, артеріи и вены, а также	По *Pergens*'у, angioma caverno-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія	Макроскопическое изслѣдован
						b) Въ внутр. углу глаза гладк. кр оп., велич. въ бобъ, c) Въ обл. nix super. опухоль на ножкѣ, d) обл. fornix infer. два красн. буг ка. Всѣ опухоли имѣли видъ по повъ.
15	1900	*Bull.*	ж.	41 г.	прав.	Внѣ мышечной воронки больш опухоль орбиты, развившаяся конъюнктивы нижняго вѣка.
16	1901	*Lagrange. Guibert.*	—	—	—	Небольшая оп. на ножкѣ, вел въ горошину, сильно выдававша надъ поверхностью конъюнктив
17	1901	*Pergens I.*	м.	16 л.	прав.	У верхн. края хряща верхн. в небольшая кругл. оп., діам. ок. 1 m она имѣла видъ полипа.
18	1901	*Онъ-же II.*	ж.	2 л.	прав.	На внутр. стор. конъюнктивы вер вѣка бугристая опухоль. По уда ніи размѣры оказ. 8×5×3 mm. Тк tarsi окружаетъ оп. съ трехъ с ронъ.
19	1901	*Handmann.*	ж.	10 л.	лѣв.	На восьмомъ году жизни въ о внутр. угла глаза въ conjunctiva b bi появилась красновато-синяя м кая опухоль, кот. стала быстро уве чив. въ объемѣ. Конъюнктива вѣ оставалась все время свободной. виду неуспѣха электролиза и сил разраст. оп. б. произв. энуклеа съ послѣд. экзентераціей глазни
20	1901	*Berl.*	м.	18 л.	прав.	Въ области caruncula lacrimalis на ножкѣ, значит. увеличившаяся посл недѣли.
21	1902	*Ahlström.*	м.	10 л.	—	

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
...широкія полости, наполненныя кровью.	sum conjunctivae palpebralis.
...no-angioma. Оп. на разрѣзѣ губчатаго ...нія и сост. изъ жира, рыхлой соед. тк., ...числ. кровеносныхъ сосудовъ, немного ...кав. полостей и нѣкот. участковъ кровоизліяній.	
...ы полости, наполн. кровью, раздѣленныя ...-тканными перегородками. На границахъ ...пухоли широкая соед.-тканная полоса.	На приведенномъ авторомъ рисункѣ видна кавернозная ангіома.
...oma simplex conjunctivae palpebralis. Опухоль состояла изъ капилляровъ.	
...-angioma cavernosum conjunctivae palpeb-... Оп. соед.-тк. тяжами раздѣлена на доль... Дольки разл. строенія: на ряду съ сосуди... видны чисто фиброзныя и смѣшанныя. ...дѣ большія полости съ перекладинами по ...динѣ. Стѣнки нѣк. сосудовъ гіалиново пе... въ нѣк. сосудахъ разращеніе эндотелія ...повлекло за собою закрытіе просвѣта.	
...oma cavernosum conjunctivae bulbi. Conjunc... bulbi оч. утолщена, въ средн. и передн. ...она вся пронизана больш. кровен. поло... до 1 2 mm. въ діам. Полости выстл. ...теліемъ. Перегородки почти всѣ оч. широк., ...ятъ изъ соед. тк., въ котор. кое-гдѣ видны ...а круглоклѣт. инф. (вліяніе электролиза).	Большинство полостей, по мнѣнію автора, произошли изъ капилляровъ; часть ихъ, въ виду наличн. соед.-тк. и мыш. элементовъ въ стѣнкѣ, произошла изъ мелкихъ артерій и венъ.
...оль состояла изъ большого кол. сосудовъ, ...ка кот., кромѣ эндотеліальнаго покрова, со...а лишь изъ чрезвыч. тонк. слоя вытян. клѣтокъ.	
...oma cavernosum subconjunctivale обычнаго строенія.	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдовані
22	1904	*Дамскій.*	м.	6 л.	—	Оп. находилась въ обл. нижн. ча conjunctivae bulbi, б. синяго цв мелко бугриста и заключала фле литъ. На первомъ г. жизни уже замѣчены множеств. темныя то въ обл. нижн. 1/2 глазн. ябл ростъ оп. сдѣлался замѣтнымъ 4 л. возраста.
23	1905	*Carlini.*	м.	5 л.	прав.	Оп. велич. съ горошину висѣла ножкѣ между сводомъ и тарзалы частью верхн. вѣка. Послѣ удале она черезъ 5 дн. рецидивиров но сама оторвалась; еще чр. 10 новый рецидивъ. Послѣ втори удаленія оп. вновь уже не появ лась.
24	1907	*Ancona.*	ж.	2 г.	обѣ.	Пораженіе обоихъ глазъ; въ о оп. помѣщалась на высшемъ мѣ fornicis super., въ другомъ въ c junctiva bulbi super.
25	1908	*Quackenboss.*	—	—	—	Оп. орбиты, развивш. изъ конъю тивы нижн. вѣка. Оп. росла вдс циліарнаго нерва, вросла въ мь воронку и въ серед. глазн. ябло прорастая мышцы, конъюнктиву сосудистую оболочку. Въ обл. pa la nervi optici найдена самосто сосуд. оп., распространявшаяся сѣтчатку.
26	1909	*Альманъ.*	—	—	обѣ.	Симметрич. пораж. конъюнкти обоихъ глазъ.
27	1909	*Steinhard.*	ж.	26 л.	прав.	Изъ plica semilunaris исходитъ большая, велич. съ полъ-боба оп холь на ножкѣ. Опухоль состои изъ трехъ узелковъ.
28	1912	*Ржаницынъ І.*	ж.	17 л.	прав.	Въ переходной складкѣ верхн. вѣ параллельно верхн. краю хря три выроста, раздѣленные глубок ми бороздами почти до основа конъюнктивальнаго покрова. Сред выростъ былъ ок. 1,2 cm. дл

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
Angioma cavernosum conjunctivae bulbi.	На подошв. поверхн. II пальца прав. ноги также была каверн. ангіома. *Д.* счит. свой случай десятымъ въ лит.
ma cavernosum conjunctivae tarsi. Обѣ удал. ли оказ. одинаков. стр. и состояли изъ ип. кровью широкихъ полостей, раздѣл. ми перегородками изъ молодой соед. тк. сти выстланы эндотеліемъ. Много каріокинезовъ.	*С.* указ., что полости образуются изъ сосудовъ и именно изъ мелк. капилляровъ конъюнктивы. Онъ нашелъ мн. перех. формъ. „per tutta parete una semplice membrana endoteliale tantò que saremmo in dubbio de chiamare molti di essi veri vasi o semplici lacune sanguigne".
ma cavernosum conjunctivae fornicis et bulbi. ир. и новообразов. широкіе кровеносные ы, часть кот. слилась и образовала боль- олости. Между сосуд. просвѣтами болѣе ли менѣе широкія полосы соед. ткани.	Особенностью сл. явл. впервые наблюдающ. симметричность пораженія.
ma. Состояла изъ фиброзной и гіалиново мен. стромы, богат. эластич. вол. и заклю- ій большое кол. сосудовъ разл. калибра.	*Q.* причислилъ этотъ случай къ первичнымъ гемангіомамъ конъюнктивы.
Fibro-angioma.	
angioma conjunctivae simplex. Строеніе . узелковъ одинаковое: строма пронизана ч. мелк. сосудами, просвѣт. кот. разл. ве- отъ размѣровъ обычн. просвѣта капилляр- до оч. расшир. полостей). Также видны молодые, растущіе сосуды.	
ма и артеріальная ангіома типа racemo- или plexiforme въ глуб. частяхъ и гипер- ческаго въ болѣе поверхн. Въ инфильтрир. онктивѣ огр. кол. сосудовъ мелк. и средн. ртеріальнаго типа, распол. группами. Каж- зъ так. группъ предст. собой двѣ или три	*Р.* не могъ рѣшить, отчего произошло чрезмѣрное развитіе сосудовъ въ его случаѣ. Онъ счит. одинаково возможнымъ кк. развитіе ихъ на почвѣ неправильности эмбріо-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдовані
						ной, два боковыхъ знач. меньш Конъюнктива вся инфильтриров на, мѣстами видны одиночные тр хоматозные фолликулы.
29	1912	*Онъ-же II.*	м.	33 л.	прав.	У верхн. наружн. края хряща верх вѣка, въ перех. складкѣ непра формы бугр. опухоль, заним. в длину хряща и простирающая вверхъ по перех. складкѣ на 6 mm. Кр. т. въ конъюнктивѣ верх вѣка б. видны мѣстами бѣловат рубцы, мѣст. трахоматозныя зер

ТА

ГЕМАНГІОМЫ

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдовані
1	1860	*Graefe.*	м.	55 л.	прав.	Въ мыш. воронкѣ кверху и кна темно-син. оп. яйцевидн. фор (35 × 26 mm.). N. opticus отдавле книзу.
2	1867	*Wecker.*	ж.	31 г.	—	Кнаружи и кверху, подъ m. rect ext. мягкая дольчатая опухоль, в личиной съ большой орѣхъ.
3	1868	*Manz.*	ж.	53 л.	лѣв.	Кнар. и книзу между m. rectus e и m. rectus inf. оп. простирал. част въ мыш. вор., а также назадъ въ гл бину орбиты. Оп. яйцевидной фо мы (2″ × 1″), темно-кр. цвѣта, окру гладкой тонкой соед.-тк. капсуло
4	1870	*Jodko-Nar-kiewitz.*	м.	62 л.	—	Внутри мышечной воронки опухол размѣрами 48 × 35 × 24 mm.
5	1871	*Holmes.*	ж.	48 л.	лѣв.	Кверху и кнаружи большая кров ная киста и не сообщающаяся съ не кавернозная ангіома. (5/4 × 2/3 × дюйма).
6	1871	*Horner.*	м.	19 л.	прав.	Въ серед. орбиты б. синеватая о велич. въ сливу, содержавшая бол шія полости: черезъ мѣсяцъ из внутренне-верхняго отдѣла глазн цы б. удал. др. каверн. оп., вели

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
іальныя вѣточки, свернутыя въ клубокъ. ма конъюнктивы предст. мѣст. склерози- мѣст. же въ видѣ молодой ткани, прони- ной густымъ круглокл. инфильтратомъ.	нальнаго развитія, такъ и благодаря трахомѣ.
остояла изъ пучковъ мягкой волокн. соед. прослойками жировой ткани и изъ гром. сосудовъ кк. артеріальнаго типа., тк. и мо- хъ новообраз. Стѣнки всѣхъ сосудовъ, по і. большихъ сосудовъ, подверглись ами- ной дегенераціи. Строма по окружн. мо- хъ, новообраз. сосудовъ б. пронизана круглокл. инфильтратомъ.	*P.* счит., что оп. въ данномъ сл. представляла собой разрастаніе продуктовъ неправильной эмбріональной закладки подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ, кк. и въ случаѣ № 28. Кр. т., въ случаѣ № 29 наблюд. начальная степень амилоида конъюнктивы.

11.

м. стр. 492).

чная кавернозная опухоль въ плотной капсулѣ.	Exophtalmos начался лѣтъ за десять.
angioma cavernosum (*Cornil*). Капсула сост. плотн. соединит. тк. Оп. сост. изъ многоч. полостей разл. велич., не выстл. эндоте- . Стѣнки изъ фиброзной тк. съ немноги- эласт. вол. Мыш. волоконъ не найдено.	14 лѣтъ т. наз. травма въ области наружнаго угла глаза. Exophtalmos.
нный tumor cavernosus (*Maier*). Трабеку- я ткань съ многочисленными, наполненными кровью полостями.	Etophtalmos существовалъ уже 15 лѣтъ.
остояла изъ многихъ, наполн. кровью по- і, стѣнки кот. состояли изъ соед. тк, вы- многослойнымъ плоскимъ эпителіемъ.	4 года тому назадъ травма. Сильный exophtalmos.
ная angioma cavernosum. Оч. тонкая кап- Полости оп. раздѣлены оч. тонкими стѣн- Присутствія артерій, венъ и нервовъ ясно установить не удалось.	За 18 мѣсяцевъ развилось значительное пучеглазіе.
). I опухоль — въ передней части кисты, ней больше плотной соед. тк., а кисто- я полости оказываются расширенными ми. II опухоль — тоже строеніе, а также -бурый пигментъ въ соед. ткани. Кое-гдѣ	Пучеглазіе было уже 2 года.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
						съ орѣхъ, также съ большими лостями. Обѣ опухоли были не спмы др. отъ др. и находились ри мыш. вор.
7	1874	*Rémy.*	—	$1^1/_4$ г.	—	Опухоль надъ глазнымъ яблок
8	1875	*Ruvioli.*	м.	54 л.	прав.	Опухоль велич. 6 × 3 cm.
9	1878	*Mauthner.*	м.	76 л.	лѣв.	Внутри мыш. вор. темно-синяя кая оп.
10	1878	*Gosetti.*	м.	60 л.	прав.	Въ глубинѣ мышечной вор темно-синяя опухоль, окруже плотной фиброзной капсуло
11	1879	*Samelsohn.*	ж.	38 л.	лѣв.	Внѣ мыш. вор. кнутри отъ глазн. оп. давала отростки до foram. opti при движеніяхъ напрягалась вел. яблока.
12	1882	*Camuset.*	м.	30 л.	—	Внѣ мыш. вор. въ нижне-нар отдѣлѣ орбиты эластич. опухол ножкѣ.
13	1882 1883	*Terrier-Peyroth.* *Panas.*	ж.	23 л.	прав.	Внѣ мышечной воронки дольч опухоль, круглой формы. Разм 6 × 4 cm.
14	1882	*Eloui.*	ж.	52 л.	прав.	Внутри мышечной воронки крас яйцевидной формы опухоль, в чиной съ орѣхъ. (55 × 40 г Вѣсъ 10 g. Она на ножкѣ и крѣпляется къ верхушкѣ орб
15	1883	*Wecker.*	м.	58 л.	прав.	Позади глазн. яблока эластич. холь.
16	1883	*Gussenbauer.*	ж.	33 л.	лѣв.	Оп. велич. съ орѣхъ въ нижне ружн. отдѣлѣ орбиты.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
участки грануляціонной ткани.	
нозная гемангіома. Въ соед.-тканной стро- громадныя, наполн. кровью, полости.	Exophtalmos уже при рожденіи.
Строеніе ангіомы.	Въ дѣтствѣ паденіе изъ люльки; оп. развил. въ зрѣломъ возр.
Angioma cavernosum.	Exophtalmos существ. 14 л.
стояла изъ сѣти переплетающихся мел- сосудовъ. Между сосудами клѣточныхъ элементовъ не было видно.	Exophtalmos впервые былъ обнаруж. за 7 л. до операціи. *Paganuzzi* призналъ оп. за angioma simplex.
ная кавернозная ангіома съ двумя фле- ми. Оп. б. окружена чрезвыч. тонкой капсулой.	
na cavernosum въ капсулѣ (*Desfosses*, см. *Panas*, 1883).	9 л. до опер. попалъ осколокъ желѣза въ глазъ, послѣ этого нач. экзофтальмъ.
; *Desfosses*). Соед.-тк. строма, заключаю- ирокія сосуд. полости, выстл. эндотеліемъ. ной пигментъ. Различн. авторы ставили діагнозы, но въ концѣ концовъ всѣ сог- го это была angioma cavernosum orbitae съ фиброзной гиперплазіей (*Panas*).	18-ти л. легкій ушибъ глаза. На переносицѣ и на III фалангѣ маленькаго пальца были сосуд. оп. Первая была вырѣзана, вторая прижжена. Верхн. вѣко утолщено; въ немъ видны варик. вены.
na cavernosum въ капсулѣ. Въ капсулѣ эласт. вол. Стѣнки полостей состоятъ изъ соед. тк. съ жировыми клѣтками и гладк. клѣтками, располож. то отдѣльно, то въ онцентрич. слоевъ. Полости самой разл. выстланы эндотеліемъ. Видны всѣ пе- между нормальн. капиллярами и каверн. полостями.	Въ обл. прав. голени б. врожд. кожная ангіома розоват. цвѣта, велич. въ франковую монету. По мнѣнію *E.*, каверн. пол. получаются изъ капилляровъ; жировыя клѣтки суть остатки ретробульбарной жировой ткани, въ обл. кот. развивается ангіома.
ксулированная кавернозная гемангіома.	Пучеглазіе 5 лѣтъ. (Цит. по *Lagrange*).
Angioma cavernosum.	Въ анамнезѣ травма.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
17	1884	*Campart-Dupüytren.*	ж.	18 л.	прав.	Опухоль въ верхне-наружномъ дѣлѣ орбиты.
18	1884	*Van Duyse.*	м.	25 л.	—	Мягкая опухоль въ верхне-на номъ отдѣлѣ орбиты.
19	1884	*Brinken-Neelsen.*	ж.	$2^1/_2$ л.	прав.	Внутри мышечной воронки въ сулѣ овальной формы опу (3,5 × 3 × 2,5 cm.).
20	1889	*Brunschwig.*	ж.	32 л.	лѣв.	Внѣ мышечной воронки въ ве внутр. обл. орбиты сине-кра опухоль (35 × 26 × 17 mm.) въ сулѣ.
21	1889	*Ahrens.*	м.	54 л.	прав.	Внѣ мыш. воронки въ нижне тренней области глаза эластиче опухоль (2 × 1,1 cm.) въ капсу
22	1889	*Jones.*	ж.	18 л.	лѣв.	Оп. конической формы въ кап Размѣры: 8 × 7 × 5 cm. N. optic захваченъ въ опухоль.
23	1891	*Panas.*	ж.	7 л.	—	Позади глазного яблока, почти рушеннаго нагноеніемъ, была ная опухоль, захватившая и н
24	1893	*Walter.*	ж.	7 л.	прав.	Внѣ мыш. вор. въ нижне-внутр. орбиты дольчатая плотная оп гладкой плотной фибр. капсу Размѣры: 32,5 × 27,5 × 17,5 m
25	1893 1895	*Feuer.*	м.	8 л.	—	Внѣ мыш. вор. въ верхне-внутр. орбиты темно-синяя мягкая оп тонкой капсулой. На разрѣзѣ холь похожа на губку.

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
сост. изъ кровен. полостей, раздѣл. соед.-тк. лойками. Кровяной пигментъ. Железистые участки въ центрѣ и по краямъ.	4 года до опер. травма въ обл. прав. вѣка; 1/2 года спустя появ. оп. (Цит. по *Lagrange*).
oma simplex, богатая жировою тканью и пр. капиллярами. Найдены флеболиты и стадіи каверн. превращенія. Кр. т. найдены мыш. волокна.	Оп. врожденная, значит. увелич. послѣдніе 5 мѣс. *Van Duyse* указ. на сходство съ подкожн. анг. Анг. исходила изъ орбитальнаго жира.
oma cavernosum venosum. Неправ. формы сти, наполн. кровью и раздѣл. фиброзныоед.-тк. перегородками. Эндотеліальный овъ не вездѣ замѣтенъ. Кое-гдѣ тромбы и воспалит. явленія.	Колоссальный экзофтальмъ, развивш. за 8 дней. *B.-N.* считаетъ, что оп. произошла изъ телеангіэктазіи: „lipogen“.
oma cavernosum *(Vassaux)*. Полости разн. ., до 7 mm. въ діам. Перегородки изъ со- . съ разрозненными гладкими мыш. вол. оклѣт. инф. и кровяной пигм. Капсула .-тканна, содерж. участки жировыхъ кл.	Exophtalmos впервые былъ замѣченъ л. за 7—8 до операціи.
r cavernosus orbitae. Полости наполн. ю, выстланы эндотеліемъ и раздѣлены тк. перегородками. Меньшія полости ки на артеріи: онѣ окружены мощнымъ омъ гл. мышцъ. Кр. т. въ опухоли много ой мыш. ткани кк. кругомъ полостей, тк. положенной самостоятельно. Капсула изъ соед. тк.; въ ней много жиру и болѣе крупныхъ сосудовъ.	
ma cavernosum. Много кругл., синуозныхъ в. формы полостей, наполн. кровью. Перегородки изъ фиброзной соед. ткани.	Впервые экзофтальмъ появился 9 лѣтъ до операціи.
ma cavernosum. Оп. состояла изъ трехъ : фиброзной, кавернозной и абсцесса. Въ абсцесса б. найдены тифозныя бациллы.	Впервые оп. б. замѣчена за 5 л. до операціи.
ma cavernosum. Наполненныя кровью и эндотеліемъ полости въ плотной соед. держ. эласт. вол. и буро-желтый пиг- Кр. т. видны лимфоидные фолликулы ок. лимфат. капилляровъ.	Опухоль *Walter*'а, по моему мнѣнію, вѣроятно комбинація гемангіомы съ лимфангіомой.
cavernosus. Полости раздѣлены соед.- ерегородками, содержавш. жиръ и эластическія волокна. Эндотелія не найдено.	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдов
26	1894	*Kalt.*	ж.	4 л.	—	Внѣ мыш. вор. въ верхне-внут лу глазницы оп., велич. съ шину (6 × 3 mm.). Передн. ч. яла изъ жировыхъ клѣтокъ, б. окружена капсулой и состоял сосуд. ткани.
27a. b.	1895	*Ложечни-ковъ.*	ж.	18 л.	прав.	a) Въ 1886 г. б. удалена оп. съ грецкій орѣхъ изъ обл. глазн. ябл. и верхне-внутр. ст глазницы. b) Въ 1894 г. б. удале меньшихъ размѣровъ, сид внутри мыш. вор. ок. зрит. н
28	1895	*Tailor.*	—	—	—	Оп. велич. съ орѣхъ, б. внѣ вор. между гл. яблокомъ и стѣнкой орбиты. Капсулы не
29	1896	*Polignani.*	ж.	24 л.	лѣв.	Эластич. опухоль въ капсул лич. съ горошину, въ обл. внутрен. края орбиты. Оп. сос изъ 2 долекъ, въ свою очеред же окруженныхъ каждая капс
30	1896	*H. Knapp.*	м.	39 л.	прав.	Внутри мыш. воронки плотна липтич. масса (27 × 24 × 18 mm руженная плотн. капсулою, въ 1 mm. Оп. состояла изъ пр товъ и перегородокъ; и тѣ шир. отъ 0,2—1,5 mm.
31	1897	*Neese.*	м.	24 л.	прав.	Внутри мыш. вор. опухоль (4 × 6 прилежавшая къ наружн. сто яблока и зрит. нерва. Оп. б. жена капсулой.
32	1898	*Кумбергъ.*	м.	24 л.	лѣв.	Внѣ мыш. вор. въ передн. отд. ницы надъ внутр. угл. глаза м бровью и верхн. вѣкомъ оп. в въ $^1/_2$ голубин. яйца. Оп. окру оч. нѣжною, почти прозрачно сулою. На разрѣзѣ оп. состоял бѣлов. губчатой ткани.
33	1899	*Weiss.*	м.	32 л.	—	Внутри мыш. вор. позади гл. большая синеват. оп. (30 × 23 mm.), вѣсомъ въ 6510 gr.
34	1899	*Zimmer-mann.*	м.	6 л.	лѣв.	Съ внутр. стор. глазницы внѣ вор. опухоль, появившаяся ч

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
псулированная ангіома. Сосуд. полости отъ до 0,5 mm. въ діам., выстланныя эндоте-. Въ центрѣ большой венозный сосудъ, реход. въ такой же по периф. опухоли.	*К.* считаетъ, что здѣсь была мѣстная гипертрофія венозной системы.
іѣ опухоли оказались фиброангіомами.	
ma venoso cistico. Оп. состояла изъ систе- кавернозныхъ" капилляровъ и кистовид- сообщавшихся между соб. простр. (до 11 въ діам.) венознаго хар. Endarteriitis, частью obliterans.	*Т.* приводитъ образованіе кистъ въ связь съ запустѣніемъ огранич. сосудист. участка.
ma cavernosum. Опухоль состояла изъ по-і, наполн. кровью и выстланныхъ „эпи-ъ". Въ межут. соед. тк. найдены сосуды, ды веретенообр. клѣтокъ и пигментъ.	
na cavernosum. Полости наполнены кро-ерегородки состояли изъ соед.тк., содер-й ядра. Во мн. полостяхъ дов. большіе овые шары, иногда сплошь заполнявшіе просвѣтъ.	Exophtalmos (10 mm.) развился за 5 лѣтъ. *К.* наблюдалъ подобный случай впервые за 35 лѣтъ.
na fibrosum. Кавернозное строеніе. Среди стромы много отдѣльн. разрѣзовъ сосу-: большихъ полостей, наполн. кровью и выстл. эндотеліемъ.	
omyoangioma cavernosum. Система ячсекъ, емыхъ тонк. соед.-тк. перегородками. отчасти пустыя, отчасти набиты красн. пар. Среди этой каверн. тк. въ дов. знач. встрѣчаются пучки поперечно-полосат. олок., перерѣзан. въ разл. направленіяхъ.	*К.* считаетъ свой случай по микроскопическому строенію единственнымъ.
Angioma cavernosum.	Развитію опухоли предшествовалъ ушибъ въ области глазницы.
Чистая angioma cavernosum.	Exophtalmos до 11 mm. Кр. того опухоль на лѣв. стор.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
						нѣск. недѣль послѣ рождеı
35	1898 1899	*Coppez; Coppez и Depage.*	м.	40 л.	прав.	Внутри мыш. воронки оп. цил формы.
36	1899	*Mayweg.*	—	—	—	Удаленіе всего содержимаго ты вмѣстѣ съ глазн. яблоко
37	1899	*Fermond.* (сл. *Lagrange*, опублик. послѣдн. въ 1901 г.).	м.	35 л.	прав.	Внѣ мыш. вор. подвижная опу велич. въ миндалину.
38	1899	*Mandach.*	ж.	40 л.	лѣв.	Внутри мыш. вор., кнутри отъ нерва, находилась почкообразн мы гладкая темно-синяя опу сращенная съ капсулой зрит. Разм. 30 × 15 × 10 mm. На ра видно ячеистое строеніе опу
39	1900	*А. Knapp.*	ж.	34 л.	прав.	Плотн., овальная. синевато-кр опухоль (23 × 30 mm.) наход внутри мыш. воронки кнар зрит. нерва.
40	1901	*Whitehead.*	м.	51 г.	прав.	Внутри мыш. вор. круглая о × 3,7 cm.), состоявшая изъ 3 Оп. б. окружена тонкой фибр сулой. Задній отдѣлъ оп. окр opticus.
41	1901	*Parinaud и Roche.*	ж.	28 л.	лѣв.	Внутри мыш. вор. кверху и отъ гл. яблока круглая оп (3 cm. въ діам.), не связанн зрит. нервомъ. Она окружена сулой, на разр. красно-бур.
42	1901	*Frogé и Baulai.*	м.	57 л.	прав.	Больш. опухоль, состоявш. частей: интраорбитальной, за всю орбиту и проник. въ полос репа, и экстраорбитальноі, вел мандаринъ, свѣшивавш. на щ носъ.
43	1901	*Polignani.*	ж.	42 л.	прав.	Внѣ мыш. вор. у нижн. внут глазницы подкожн. почкообр. в

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
	лба; послѣ опер. она уменьшилась. Связи между обѣими опух., повидимому, не было.
рнозная ангіома; по периф. фиброзная сокань. Въ центрѣ многоч. гл. мыш. волокна.	Выпячиваніе глаза и отекъ вѣкъ съ перваго г. жизни.
рнозная ангіома орбиты. Исходн. пунктъ не удалось установить.	Опер. производилась третій разъ.
oma cavernosum, окруженная фибр. капсу- отъ кот. идутъ перегородки внутрь опухо- Полости разл. велич., всѣ сплошь наполнены кр. кров. шариками.	Оп. существовала съ рожденія и лишь въ годъ опер. сдѣлалась болѣзненной.
oma cavernosum. Богатая сосудами соед. , содержав. большія полости, наполн. ью. Въ перегородкахъ видны многочисл. дныя скопленія круглыхъ клѣтокъ съ сосуымъ просвѣтомъ въ центрѣ (походятъ на лимфат. узелки).	Экзофтальмъ появился года за 1½ до операціи, произведенной по *Krönlein*'у.
oma cavernosum окруженная тонкой соед.- апсулой. Полости выстланы эндотеліемъ и содерж. составные элем. крови.	Exophtalmos 13 mm., начался лѣтъ за 6—7 до операціи.
ma cavernosum. Состояла изъ густой сотельнотканной сѣти, полости наполнены кровью и выстланы эндотеліемъ.	Экзофтальмъ начался л. 10 до опер. *Масленниковъ* паціента ошибочно считаетъ женщиной.
fibroma cavernosum. Оп. состоитъ изъ аль- , выстлан. эндотеліемъ и наполн. кр. кров. Велич. альвеолъ не болѣе ½ mm. въ діам. у альвеолами оч. широкія фибр. перего- . Кое-гдѣ фиброзная ткань занимаетъ большое пространство.	Экзофтальмъ начался лѣтъ за 9 до операціи.
ma cavernosum. (*Perin de la Touche и Bodin*). ти окруж. болѣе старой соед. тк. Въ нѣк опухоли видны многоч. отд. сосуды (тинил. и мелк. венъ) среди мол. соед. тк. видны въ больш. кол. пучки и волокна ш. вол., распространяющихся въ разл. направленіяхъ.	Авторы считаютъ свою опухоль венозной ангіомой въ стадіи разрастанія. 3 раза въ анамн. отмѣч. ушибъ въ обл. прав. орб. *Масленниковъ* пац. ошибочно считаетъ женщиной.
ma cavernosum Оп. б. окружена фибр. капи состояла изъ полостей, наполнен.	Экзофтальмъ начался лѣтъ 6 до опер. и медленно увеличи-

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова…
						сулир. оп. (3 × 1,5 cm.), давав… продолженіе вглубь глазницы. Г… ное яблоко б. оттиснуто кнар…
44	1901	*Чемолосовъ.*	ж.	50 л.	прав.	Внутри мыш. вор. тотчасъ за… ябл. кнар. отъ зрит. нерва б. … пол. мягкая оп., немного больш… мого яблока, заключенная въ … ку и не доход. до зрит. отвер…
45	1901/02	*Puccioni.*	—	—	—	
46	1903	*Сегаль.*	ж.	18 л.	прав.	Двѣ опухоли. Одна велич. съ ку… яйцо охватыв. зрит. нервъ, бу… распол. въ верхне-внутр. ч. … нижн. краю глазницы; другая … полагалась въ задн. ч. нижн… ружн. угла глазницы и б. ве… съ грецкій орѣхъ.
47	1903	*Cabannes.* (см. также диссертац. *Ernautène*).	ж.	8 л.	лѣв.	Двѣ опухоли. Одна выпяч. г… книзу и кнар.; другая распол. … обл. наружн. конца брови…
48	1903	*Верзинъ.*	ж.	41 г.	лѣв.	Внутри мышечной воронки … темно-красная подвижная опу… грушевидной формы (6 × 4 × 2 … Опухоль была окружена сум…
49	1904	*Lagoutte.*	м.	17 л.	—	
50	1904	*Масленниковъ.*	ж.	20 л.	прав.	Внутри мыш. вор. была сине… бурая, мягкая опухоль, имѣ… форму боба. При удаленіи она… ла разрѣзана; размѣры бол… части—2 × 1 cm., меньшей—$^3/_4$ × $^3/$… Оп. имѣла очень тонкую кап…
51	1905	*Török.*	м.	3 л.	—	Опухоль орбиты по удаленіи … залась инкапсулированной…
52	1906	*Holmes Spicer.*	м.	47 л.	—	Оп. б. внутри мышечной воро…

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
вью и раздѣленныхъ перегородками. Въ послѣдн. видны самостоят. сосуды.	валсп.
gioma cavernosum состояла изъ телеангіэктаескихъ полостей, выстланныхъ эндотеліемъ кружeнныхъ волокнистой соед. тканью фибриллярнаго характера.	Выпячиваніе глаза началось за 3 года до опер. экзентераціи глазницы.
gioma cavernosum orbitae. Въ стѣнкахъ потей были многочисл. кровеносные сосуды.	По *P.*, среди 40 опублик. случаевъ, лишь въ 7 по удал. опухоли б. сохранены гл. ябл. и его функція.
gioma fibromatodes. Опухоль состояла изъ кихъ артеріальныхъ и изъ капилляри. сосуъ, заложенныхъ среди фиброзной волокнистой ткани.	Опухоль существовала 13 л.
gioma, частью кистовидно перерожденная, комбинированная съ лимфангіэктазіями.	Экзофтальмъ существовалъ съ рожденія.
gioma cavernosum. (*Пановъ*). Сумка состояла плотн. соед. тк., мѣстами были кровоизліяи мелкоклѣт. инф. Полости неправ. формы, стл. эндотеліемъ и наполнены кровью. Онѣ ужены волокн. соед. тканью. Въ просвѣтахъ : полостей видны кровеносные сосуды мелкаго калибра.	
Angioma diffusum (*Gayet*).	
gioma cavernosum. Полости выстланы одноійнымъ плоск. эндот.; перегородки полостей г. изъ разл. рода соед.-тканныхъ клѣтокъ. просвѣтѣ полостей видны кр. и бѣл. кров. ., много кров. пигмента; въ нѣкот. тромбы разл. стад. организаціи. Капсула по строепохожа на перегородки. Въ разн. мѣст. оп. видны обычн. кровен. сосуды.	Авторъ указываетъ, что всего 10 гемангіомъ орбиты были оперированы по *Krönlein*'у.
gioma cavernosum. Полости были выстланы дотеліемъ и наполнены кр. кров. шар. По периф. гіалиновое перерожденіе.	Кромѣ того ангіома на кончикѣ носа.
gioma cavernosum. Полости были наполнены	

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
53	1907	*Чистяковъ.*	ж.	40 л.	—	Внѣ мыш. вор. опухоль орбит ной клѣтчатки, велич. съ голу яйцо, ясно прощупываемая че нижнее вѣко.
54	1907 и 1908	*Lodato.*	—	—	—	Опухоль орбиты, величиной миндалину и окруженная пло капсулой.
55	1908	*Bossalino.*	ж.	36 л.	прав.	Внутри мыш. вор. овоидная холь. Размѣры: 38 × 32 mm. Опу содержитъ многоч. полости р велич., раздѣленныя перегородк Опухоль была окружена капсу
56	1908	*Apthomas.*	ж.	24 г.	прав.	Въ орбитѣ найдена хорошо ин сулированная опухоль, величи съ голубиное яйцо.
57	1908	*Lapersonne.*	м.	23 г.	лѣв.	Внѣ мыш. вор. въ наружн. ч. биты неинкапсулированная, дов. кая опухоль съ твердыми узл
58	1909	*Rollet I.*	ж.	25 л.	прав.	Внѣ мыш. вор на днѣ орбиты полагалась грушевидная оп. ве съ орѣхъ. На разрѣзѣ она б. чатой консист., желтоват. цвѣта красными точками.
59	1909	*Онъ-же II.*	м.	45 л.	прав.	Въ орбитѣ гладкая опухоль, ве съ орѣхъ, отодвинула зрит. не кнутри. На разрѣзѣ оп. губч сѣраго цвѣта съ красн. точкам
60	1909	*Онъ-же III.*	ж.	5 л.	прав.	Внутри мыш. вор., окружая з нервъ, видна бугр. опухоль с ват. цв., велич. съ большой ор Ясная капсула.
61	1909	*Кочетовъ.*	м.	54 л.	лѣв.	Повидимому, въ мышечной вор

Микроскопическое изслѣдованіе.	**Примѣчанія.**
овью. Въ трабекулахъ незначит. круглоклѣт. инфильтрація и скопленіе пигмента.	
gioma cavernosum. Рядъ полостей, образо-нныхъ соед.-тк. перекладинами, выстл. вну-і эндотеліемъ. Полости наполнены кровью.	
gioma cavernosum. Перегородки почти сплошь тояли изъ эласт. тк. Въ капсулѣ б. много іст. вол. Въ перегородкахъ б. найдены мно-і.: „Mastzellen". Въ остальномъ обычн. стр. кавернозн. ангіомъ.	
roangioma incapsulatum. Полости наполнены овью, при чемъ видно, кк. онѣ увеличива-ся путемъ сліянія сосѣдн. полостей. Перегор. зл. вел., отъ самыхъ тонкихъ до оч. широкихъ е-гдѣ видны дов. многоч. гл. мыш. вол. Кое-ѣ пигментъ и скопленія одноядерныхъ клѣ-токъ.	Согласно приводимому *В.* ри-сунку, оп. слѣдуетъ, по моему мнѣнію, причислить къ тип. каверн. гемангіомамъ.
gioma cavernosum (*Délépine* и *Saller*). Многоч. овен. полости, окруженныя перегородками, стланными эндотеліемъ. Часть стромы гіали-во перерождена. Кр. т. б. найдены: „nests of embryonic cells".	По мн. авторовъ, кучки эмбріо-нальныхъ клѣтокъ нерѣдко встрѣчаются въ ангіомат. оп., кот. сами тоже часто зароды-шеваго происхожденія.
gio-fibroma. Скопленіе лимфоцитовъ въ ви-узелковъ вокр. сосудовъ и рѣзкій склерозъ ружной соед.-тк. обол. стѣнокъ сосудовъ азыв., по *L.*, на переходъ ангіомы въ ангіо-фиброму.	
gioma cavernosum (*Aurand*). Кровяныя поло-і, раздѣленныя соед.-тканными перегородка-. Кое-гдѣ островки жировыхъ клѣтокъ, эласт. локна и „Mastzellen". Кр. т. воспалит. явленія въ одномъ участкѣ.	
gioma cavernosum (*Aurand*). Ясно видны соед.-капсула и „Mastzellen". Въ остальномъ ти-пичная картина.	
gioma cavernosum (*Aurand*). Типичная карти-. Кое-гдѣ видны слѣды воспаленія. Констат. наличн. эласт. вол. и „Mastzellen".	
emangioma cavernosum. По периф. видна	Въ анамнезѣ травма.

№	Годъ.	Авторъ.	Полъ.	Возрастъ.	Сторона пораженія.	Макроскопическое изслѣдова
						кѣ была бугристая опухоль, вел ною съ среднюю сливу, темно-ас наго цвѣта.
62	1909	*Нсуповъ.*	ж.	45 л.	прав.	Внутри мыш. воронки между n. и m. rect. ext. помѣщ. синевато рая оп. неправильно-яйцевидн. мы съ неровной поверхн. Р $3 \times 2^1/_4$ cm.
63	1909	*Adam.*	м.	30 л.	прав.	Внѣ мыш. вор. во внутр. углу за красновато-синяя оп. кост консист., сращенная съ періост
64	1909	*Steinhard.*	ж.	15 л.	лѣв.	Оп. орбиты, захватывш. конъюн ву и удаленная въ два пріем
65	1910	*Guglianetti.*	ж.	15 л.	—	

Микроскопическое изслѣдованіе.	Примѣчанія.
ц.-тк. капсула, отъ кот. въ серед. оп. идутъ ы, пересѣкающіеся др. съ др. въ разн. направленіяхъ. Так. обр. образуются разл. раза и вида полости, стѣнки кот. выстланы эндотеліемъ, а содерж. сост. изъ элем. крови.	
ioma cavernosum (*Дубровинъ*). Строеніе типичное.	Авторъ знаетъ 110 случаевъ гемангіомъ орбиты.
стѣнкахъ полостей, состоящ. изъ плотн. . тк., видны молодыя (кубическія и круглыя) клѣтки.	*А.* предпол. существованіе врожд. каверномы, въ кот. вросла саркома.
nangioma cavernosum. Оп. состоитъ изъ многочисл. полостей, выстл. эндотеліемъ и наполн. кровью.	
nangioma cavernosum. Типичн. оп., окруж. улой. Оп. состоитъ изъ каверн. полостей, жен. въ плотн. соед.-тк. стромѣ. Въ посл. ывались сосуды съ утолщ. стѣнками (особо въ обл. адвентиціи), гл. мыш. клѣтки, г. вол., Mastzellen, многочисл. участки кродн. пигм., а также круглоклѣт. инфильтратъ.	Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоли наступило, по *G.*, ея фиброзное перерожденіе.

Часть третья.

СОБСТВЕННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ О ГЕМАНГІОМАХЪ.

ГЛАВА XX.

Обработка матеріала.

Весь предоставленный мнѣ для изслѣдованія матеріалъ былъ фиксированъ въ растворѣ формалина (5% и 10%) или же по способу проф. *Мельникова-Разведенкова* [1]). Отмѣчу, что даже послѣ долгаго консервированія препаратовъ въ третьей жидкости [2]) *Мельникова-Разведенкова* ткани хорошо красятся.

Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ была примѣнена фиксація въ жидкостяхъ *Müller*'а [3]) и *Flemming*'а [4]).

Въ томъ случаѣ, если въ препаратахъ предполагалось присутствіе извести, послѣдняя, послѣ фиксаціи препаратовъ, извлекалась обработкой 33% растворомъ муравьиной кислоты.

Когда на большомъ матеріалѣ приходилось быстро рѣшать вопросъ о наличности или отсутствіи ангіоматозныхъ

---

[1]) *Мельниковъ-Разведенковъ.* О приготовленіи анатомическихъ препаратовъ посредствомъ обработки ихъ формалиномъ, спиртомъ и глицериномъ съ уксуснокислой солью. М.О. 1897. XLVII. р. 133—144.

[2]) Составъ ея: воды—100 частей, глицерина—60 частей, уксуснокислаго натра (для удешевленія обработки вмѣсто уксуснокислаго калія)—30 частей.

[3]) Составъ ея: воды—100 частей, двухромокислаго калія—2 части, сѣрнокислаго натра—1 часть.

[4]) Составъ ея: воды—55 частей, 1% раствора хромовой кислоты—25 частей, 1% раствора уксусной кислоты—10 частей, 1% раствора осміевой кислоты—10 частей.

измѣненій въ тканяхъ, мною послѣ быстраго уплотненія ихъ въ 10% растворѣ формалина, подогрѣтомъ почти до кипѣнія, приготовлялись срѣзы на замораживающемъ микротомѣ.

Для полученія срѣзовъ въ большинствѣ случаевъ производилась предварительная заливка препаратовъ въ целлоидинъ. Этотъ способъ заливки являлся наиболѣе удобнымъ для обработки большого количества кусочковъ и кромѣ того целлоидиновая заливка давала возможность получать большого размѣра срѣзы, достигавшіе 5—10 □ cm. Обычная толщина срѣзовъ была 10—15 μ., а для очень большихъ кусочковъ—20 и 25 μ. и только иногда—30 μ. Большого размѣра срѣзы приготовлялись главнымъ образомъ для выясненія расположенія гемангіомъ среди окружавшихъ ихъ тканей и для установленія ихъ связи съ сосудами тѣхъ органовъ, въ которыхъ эти опухоли были найдены.

Для болѣе детальнаго изученія строенія кавернозныхъ гемангіомъ и для выясненія существующихъ отношеній между ними и окружающими ихъ тканями, мною въ цѣломъ рядѣ случаевъ были приготовлены серіи срѣзовъ (изъ маленькихъ опухолей и изъ различныхъ мѣстъ большихъ опухолей). Для этого сперва перенумеровывалась серія небольшихъ кружочковъ изъ пропускной бумаги, а затѣмъ срѣзы послѣдовательно снимались съ ножа микротома на соотвѣтственные кружочки и сохранялись на нихъ до дальнѣйшей обработки. Послѣдняя производилась отдѣльно для каждаго срѣза.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, для изслѣдованія мнѣ были предоставлены уже готовые целлоидиновые срѣзы опухолей.

Всѣ срѣзы окрашивались различными способами, причемъ для каждаго случая обычно употреблялись слѣдующія три окраски: 1) гематоксилинъ и эозинъ, 2) гематоксилинъ и краска *van Gieson*'а и 3) резорцинъ-фуксинъ по способу, предложенному *Weigert*'омъ (1898) [1]) для специальной окраски эластическихъ волоконъ. Для дифференцированія послѣд-

---

[1]) *Weigert*. Ueber eine Methode zur Färbung elastischer Fasern. C. Path. 1898. IX. № 8 9. p. 289—292.

нихъ мною также было произведено окрашиваніе контрольныхъ срѣзовъ орсеиномъ по способу *Unna-Taenzer*'а и по способу, предложенному *Dürck*'омъ (1907)[1]. Послѣдній примѣнилъ для спеціальнаго окрашиванія эластическихъ волоконъ особый способъ, предложенный *Weigert*'омъ[2]) для окрашиванія мякотнаго влагалища нервныхъ волоконъ.

Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мною примѣнялись и различные другіе способы обработки и окрашиванія срѣзовъ, напримѣръ, суданъ III для опредѣленія жира, способъ *Best*'а[3]) для опредѣленія желѣза и т. д.

---

[1]) *Dürck*. Über eine neue Art von Fasern im Bindegewebe und in der Blutgefässwand. V.A. 1907. Bd. 189. p. 62—69.

[2]) *Weigert*. Markscheiden der Nervenfasern. Encyklopädie d. mikrosc. Technik. 1903. II. p. 737.

[3]) *Best*. Ueber mikroscopische Eisenreaction. P.G. 1904. H. 2. p. 147—149.

ГЛАВА XXI.

Кожа и подкожная клѣтчатка.

А. Голова.

СЛУЧАЙ I.

Ж. 51 г. Кл. діагн.: Neoplasma malignum abdominis. Metastases peritonei. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 5. VI. 1909 г. Пр. вскр. № 209.

Пат.-анат. діагн.: Neoplasmata maligna ovariorum. Metastases glandul. mesenterialium, inguinalium et retroperitonealium, peritonei, myocardii, hepatis, renis, ventriculi et colonis transversi. Marasmus.

Въ области *лба* надъ правой верхней бровью была найдена небольшая опухоль темно-краснаго цвѣта, выступавшая надъ остальнымъ уровнемъ кожи.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочка кожной опухоли лба, оказалось, что она состоитъ изъ большихъ полостей (до 1,2 mm.—1,5 mm. въ діаметрѣ), наполненныхъ красными кровяными шариками со значительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны тромбы. Стѣнки полостей тонки, иногда извилисты, выстланы однорядным̆ъ эндотеліемъ и состоятъ изъ небольшого слоя волокнистой соединительной ткани. Нѣкоторыя полости близко подходятъ къ уплощенному Мальпигіеву слою, въ нижнихъ слояхъ котораго замѣтно скопленіе бураго пигмента. Глубже расположенныя полости раздвигаютъ волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ, при чемъ нѣкоторыя волокна какъ бы ущемляются между полостями и входятъ въ составъ ихъ стѣнокъ. Иногда видно, какъ стѣнки двухъ полостей соприкасаются на довольно значительномъ пространствѣ, а мѣстами сливаются. Въ такихъ перегородкахъ иногда видны отдѣльныя поперечно-полосатыя мышечныя волокна, а также нервные пучки. Полости располагаются диффузно, капсулы по окружности опухоли нѣтъ.

На основаніи изложенныхъ данныхъ. описанную опухоль нужно причислить къ истиннымъ сосудистымъ ново-

образованіямъ кавернознаго типа. Отсутствіе капсулы и прорастаніе мышечныхъ пучковъ указываетъ на ея инфильтрирующій ростъ. Наличность тромбовъ и большого количества лейкоцитовъ среди красныхъ кровяныхъ шариковъ въ просвѣтахъ полостей является слѣдствіемъ медленнаго кровообращенія. Діагнозъ: haemangioma cavernosum diffusum cutis et musculorum regionis frontis.

Интересъ случая заключается въ сравнительно рѣдкой локализаціи и въ инфильтрирующемъ ростѣ опухоли, вторично захватившей лобную мышцу.

СЛУЧАЙ II.

М. 6 мѣсяцевъ, поступилъ въ О.Б.Кр.Кр. 2.VII. 1911 г.

Изъ исторіи болѣзни [1]) видно, что родители уже на третій день послѣ рожденія мальчика замѣтили на его *лбу* небольшой „прыщикъ“, который съ теченіемъ времени увеличивался все больше и больше. При поступленіи въ больницу найдено посрединѣ лба, главнымъ образомъ надъ лѣвой бровью, выпячиваніе красно-коричневаго цвѣта овальной формы, величиною съ малую сливу. Это выпячиваніе по поверхности представлялось плоскимъ, мягкой консистенціи, было рѣзко отграничено и было сращено съ подлежащими тканями. При удаленіи опухоли оперативнымъ путемъ, рана зажила первичнымъ натяженіемъ и ребенокъ былъ выписанъ здоровымъ 17. VII. 1911 г. Діагнозъ: Teleangiectoma cutis frontis malignum.

Для установленія микроскопическаго діагноза опухоль была передана приватъ-доценту барону *М. М. Тизенгаузену*, который любезно предоставилъ ее мнѣ для описанія, за что приношу ему свою благодарность.

Размѣры опухоли — 2,0 × 1,5 cm. Высота надъ уровнемъ кожи—0,4 cm.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи срѣзовъ изъ опухоли, найденъ уплощенный Мальпигіевъ слой кожи, покрытый въ нѣкоторыхъ мѣстахъ утолщеннымъ роговымъ слоемъ. Соединительнотканная основа кожи и подкожный слой заняты патологическимъ образованіемъ, которое въ различныхъ мѣстахъ представляетъ различное строеніе.

Ближе къ поверхности кожи видны широкія сосудистыя полости кавернознаго характера, расположенныя диффузно. Онѣ представляютъ

---

[1]) Исторія болѣзни (№ 2282, д-ръ *Баккалъ*) была любезно предоставлена мнѣ для просмотра старшимъ врачемъ больницы, д-ромъ мед. *Н. И. Кеферомъ*, которому я за это приношу свою благодарность.

собою расширенные сосуды, перерѣзанные въ различныхъ направленіяхъ. Стѣнка ихъ состоитъ изъ очень сочнаго эндотелія, расположеннаго въ видѣ одного или нѣсколькихъ слоевъ. Кнаружи отъ эндотелія имѣется тоненькая полоска волокнистой соединительной ткани. Кромѣ большихъ полостей, видны таковыя меньшей величины и всевозможныя переходныя формы, начиная отъ большихъ полостей и кончая небольшими, соотвѣтствующими полостямъ капилляровъ (см. *табл. IV, рис. 7*). Попадаются непосредственныя сообщенія между большими полостями и капиллярными сосудами. Эндотелій многочисленныхъ сосудистыхъ просвѣтовъ капиллярнаго типа представляется также сочнымъ и часто расположеннымъ въ два и болѣе рядовъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ очень незначительной примѣсью бѣлыхъ. Гистологическое строеніе ткани, находящейся между большими и малыми сосудистыми полостями, представляется своеобразнымъ. Главную составную часть этой ткани составляютъ безпорядочно расположенныя клѣтки, похожія на эндотеліальныя клѣтки, выстилающія сосуды. Кромѣ названныхъ клѣтокъ въ промежуткахъ между полостями открываются незначительной толщины прослойки волокнистой соединительной ткани, корни волосъ, волокна гладкихъ мышцъ (musc. arrectores pilorum) и остатки потовыхъ железъ.

Въ болѣе глубокихъ частяхъ опухоли расширенныхъ сосудистыхъ полостей нѣтъ, видны лишь просвѣты, соотвѣтствующіе капиллярамъ, и большое количество безпорядочно расположенныхъ клѣтокъ эндотеліальнаго типа, тождественныхъ съ клѣтками, описанными мною въ поверхностномъ слоѣ опухоли. Въ этихъ клѣткахъ часто замѣтны фигуры непрямого дѣленія. Соединительной ткани въ промежуткахъ между элементами опухоли почти нѣтъ, видны лишь ея волокна въ видѣ разрозненныхъ тяжей. Кое-гдѣ попадаются жировыя клѣтки.

Наконецъ, *въ самыхъ глубокихъ слояхъ* опухоли имѣются, во-первыхъ, участки, въ которыхъ еще замѣтны сосудистые просвѣты, и, во-вторыхъ, участки, сплошь состоящіе изъ безпорядочно расположенныхъ клѣтокъ эндотеліальнаго типа. Многія изъ этихъ клѣтокъ попадаются въ стадіи каріокинеза: въ одномъ полѣ зрѣнія (Leitz. Oc. 3, Obj. 6) легко можно сосчитать 5—6 и иногда больше клѣтокъ съ фигурами непрямого дѣленія. Наблюдается прорастаніе нервныхъ волоконъ этими же клѣтками. Въ глубокихъ частяхъ опухоли попадается прорастаніе жировыхъ долекъ, при чемъ мѣстами элементы опухоли близко подходятъ къ мышечному слою.

На границѣ опухоли съ окружающими тканями открываются большіе сосуды артеріальнаго и венознаго типа. Элементы опухоли рѣзко замѣтны среди волокнистой соединительной и жировой ткани, при чемъ разрастаніе опухоли носитъ инфильтраціонный характеръ. Капсулы по окружности опухоли нѣтъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, оказывается, что въ предѣлахъ опухоли таковая почти совершенно отсутствуетъ. Открываются лишь тоненькія ея волокна, входящія въ составъ разрозненныхъ тяжей волокнистой соединительной ткани, кое-гдѣ замѣтной въ опухоли.

Итакъ, у мальчика шести мѣсяцевъ изъ кожи лба была удалена быстро разраставшаяся опухоль, впервые замѣченная на третій день жизни ребенка. Очевидно, что опухоль врожденнаго происхожденія. Быстрый ростъ опухоли, отмѣченный клинически, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія объясняется безпорядочнымъ и очень интенсивнымъ (масса каріокинезовъ) размноженіемъ клѣточныхъ элементовъ, происходящихъ, повидимому, изъ эндотелія сосудовъ.

Непосредственно подъ Мальпигіевымъ слоемъ кожи найдена сосудистая опухоль, состоящая какъ изъ капилляровъ съ гипертрофированнымъ и атипически размножившимся (въ два и болѣе слоевъ) эндотеліемъ, такъ и изъ капилляровъ, во многихъ мѣстахъ сильно расширенныхъ, съ характеромъ кавернозныхъ полостей. Въ болѣе глубокихъ слояхъ опухоли преобладаетъ размноженіе эндотеліальныхъ клѣтокъ, безъ наклонности ихъ образовывать капиллярные сосуды. Нужно думать, что въ данномъ случаѣ первоначально имѣло мѣсто врожденная неправильная закладка сосудистаго участка и образованіе сосудистой опухоли (haemangioma capillare hypertrophicum et cavernosum). Ростъ этой опухоли, благодаря чрезмѣрному размноженію эндотеліальныхъ ея элементовъ, принялъ злокачественный „саркоматозный" характеръ.

Интересъ описаннаго случая заключается, во-первыхъ, во врожденности найденной сосудистой опухоли и, во-вторыхъ, въ злокачественномъ ростѣ одного изъ ея элементовъ. Отмѣчу также наличность переходныхъ формъ между капиллярными просвѣтами и полостями кавернознаго характера.

СЛУЧАЙ III.

Привать-доцентомъ *Ѳ. К. Вернке* мнѣ любезно была предоставлена для описанія опухоль подкожной клѣтчатки лба, за что приношу ему свою благодарность.

Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось получить какихъ-либо дополнительныхъ свѣдѣній объ этой опухоли.

Въ подкожной клѣтчаткѣ заложена ясно отграниченная опухоль овальной формы. Длинный діаметръ опухоли достигаетъ 1,5 cm., короткій — 0,75 cm. На разрѣзѣ опухоль представляетъ ячеистое строеніе.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины и формы.

Преобладаютъ крупныя полости съ діаметромъ около 0,9 mm., но встрѣчаются въ незначительномъ количествѣ и болѣе мелкія, діаметромъ не болѣе 0,18 mm. Бо́льшая часть полостей имѣетъ круглую форму, но попадаются и вытянутыя, какъ бы сдавленныя, и многоугольныя. Сообщенія между полостями встрѣчаются только мѣстами. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики, среди которыхъ лишь изрѣдка попадаются бѣлые. Мѣстами открываются пристѣночные организованные тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань опухоли состоитъ преимущественно изъ тонкихъ тяжей волокнистой соединительной ткани, составляющихъ перегородки между полостями. Мѣстами эти тяжи довольно богаты ядрами, мѣстами они представляются гіалиново перерожденными. Кое-гдѣ межуточная ткань опухоли открывается въ видѣ довольно большихъ участковъ неправильной формы, состоящихъ изъ волокнистой соединительной ткани то бѣдной, то богатой ядрами. Въ одномъ только мѣстѣ, соотвѣтствующемъ приблизительно центральной части опухоли, среди плотной соединительной ткани заложено нѣсколько участковъ, состоящихъ изъ гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ различныхъ направленіяхъ. Мѣстами, особенно въ периферическихъ частяхъ опухоли, въ перегородкахъ между полостями видны сосуды капиллярнаго и прекапиллярнаго типа. Въ одномъ мѣстѣ въ окружности сосуда имѣется круглоклѣточный инфильтратъ.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'y, въ большинствѣ соединительнотканныхъ перегородокъ между полостями таковая не была найдена, только въ нѣкоторыхъ перегородкахъ открывались тоненькія, извивающіяся эластическія волокна.

Граница опухоли какъ макроскопически, такъ и микроскопически представляется ясно очерченной; однако капсулы кругомъ опухоли не имѣется. Въ подкожной соединительной ткани кругомъ опухоли замѣтны участки кровоизліяній, а также расширенные сосуды капиллярнаго типа. Въ окружности нѣкоторыхъ такихъ расширенныхъ сосудовъ видны скопленія круглыхъ клѣтокъ. Соединительная ткань подкожной клѣтчатки мѣстами представляется гіалиново перерожденной.

Изъ приведенныхъ данныхъ изслѣдованія видно, что въ подкожной клѣтчаткѣ лба находилась хорошо отграниченная опухоль овальной формы, величиной съ грецкій орѣхъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоль оказалась кавернозной гемангіомой (haemangioma cavernosum frontis circumscriptum).

Особый интересъ представляетъ участокъ изъ гладкомышечной ткани, найденный въ центрѣ изслѣдованной опухоли и указывающій на врожденное, повидимому, происхожденіе описанной опухоли изъ неправильно развившагося сосудистаго зачатка: опухолевидное образованіе гладко-мы-

шечной ткани могло явиться послѣдствіемъ отщемленія мышечныхъ элементовъ сосудистыхъ стѣнокъ и дальнѣйшаго ихъ разрастанія.

СЛУЧАЙ IV.

М. 53 л. Кл. діагн.: Gastroenteritis acuta. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 26. V. 1910 г. Пр. вскр. № 165.

Пат.-анат. діагн.: Enteritis acuta. Gastritis chronica. Arteriosclerosis universalis in gradu summo. Hypertrophia ventriculi sin. cordis. Sclerosis valv. aortae et valv. bicuspidalis. Tuberculosis fibrosa caseosa disseminata pulmonum, praecipue loborum superiorum. Atheromatosis aortae in gradu summo.

При изслѣдованіи испражненій на одесской бактеріологической станціи, вибріоновъ холеры не было найдено.

При изслѣдованіи кожи, въ области правой стороны *подбородка* найдено круглое, величиною съ 15-ти копѣечную серебряную монету, синевато-красное пятно. На разрѣзахъ, проведенныхъ перпендикулярно къ поверхности кожи, макроскопически замѣтно множество большихъ полостей неправильной формы, наполненныхъ кровью и расположенныхъ въ видѣ отдѣльнаго участка ближе къ поверхности кожи.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи виденъ тонкій эпителіальный слой кожи, затѣмъ соединительнотканный слой съ кожными придатками (корни волосъ, сальныя и потовыя железы и ихъ протоки и гладкія мышцы—m. arrectores pilorum) и подкожная жировая ткань. Преимущественно въ соединительнотканномъ слоѣ кожи, захватывающемъ отчасти и жировой слой, расположенъ участокъ, состоящій изъ многочисленныхъ полостей. Величина полостей преимущественно значительная: встрѣчаются полости до 2—3 mm. въ діаметрѣ. Форма полостей самая разнообразная; ихъ стѣнки большею частью очень извилисты. Во многихъ мѣстахъ видны сообщенія между сосѣдними полостями. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ послѣднихъ очень много, въ другихъ видны смѣшанные тромбы въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Всѣ полости выстланы однослойнымъ эндотеліемъ, являющимся единственной собственной стѣнкой полостей, такъ какъ эндотелій непосредственно прилегаетъ къ элементамъ соединительнотканнаго слоя кожи. Этотъ слой между однѣми полостями широкъ, между другими болѣе узокъ. Иногда онъ совершенно истончается и является въ видѣ перегородокъ между сосѣдними полостями. Кое-гдѣ эти перегородки прерываются и просвѣты сосѣднихъ полостей сообщаются между собою. Въ участкахъ соединительнотканнаго слоя кожи, находящихся между полостями, встрѣчаются, кромѣ фиброзной соединительной ткани, жировыя клѣтки, пучки гладкихъ мышцъ, корни волосъ, элементы железъ, нервы и сосуды, преимущественно небольшія артеріи. Эти составныя части соеди-

нительнотканнаго кожнаго слоя входятъ также въ составъ „перегородокъ“ между полостями. Во многихъ мѣстахъ эндотеліальная выстилка полостей непосредственно прилегаетъ или къ пучку гладкихъ мышцъ кожи, или къ потовымъ железамъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, она обнаруживается въ меньшемъ количествѣ въ соединительной ткани полостей, чѣмъ въ остальной соединительной ткани кожи.

Капсулы по окружности сосудистаго участка не имѣется.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подъ Мальпигіевымъ слоемъ кожи виденъ круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, у мужчины 53 лѣтъ, умершаго при явленіяхъ остраго желудочно кишечнаго катарра, при изслѣдованіи кожи лица, въ правой области подбородка найдено кожное пятно. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что это пятно состоитъ изъ многочисленныхъ широкихъ полостей, наполненныхъ кровью и расположенныхъ диффузно, главнымъ образомъ въ соединительнотканномъ слоѣ кожи. Стѣнки полостей состоятъ только изъ однослойнаго эндотелія. Въ данномъ препаратѣ несомнѣнно имѣется чрезмѣрное расширеніе, повидимому, капиллярнаго характера сосудовъ. Это расширеніе, вѣроятно, существовало давно и увеличивалось очень медленно, такъ какъ въ области нахожденія полостей нигдѣ не обнаружено признаковъ реакціи со стороны окружающихъ тканей.

Изслѣдованная опухоль является примѣромъ такихъ образованій, которыя можно отнести и къ пассивнымъ расширеніямъ ad maximum нормально имѣющихся въ наружныхъ покровахъ капиллярныхъ сосудовъ и къ послѣдующимъ стадіямъ развитія ненормально заложеннаго въ кожѣ сосудистаго участка. Первое предположеніе представляется мнѣ болѣе вѣроятнымъ въ виду отсутствія измѣненій со стороны другихъ гистологическихъ элементовъ кожи, а также въ виду диффузнаго расположенія полостей. Легко допустить, что ослабленіе организма выразилось въ данномъ случаѣ постепеннымъ расширеніемъ капилляровъ кожи.

СЛУЧАЙ V.

Проф. *М. Н. Никифоровымъ* предоставлены мнѣ целлоидиновые срѣзы изъ опухоли ушной раковины, хранившіеся съ 1885 г. въ коллекціи П.А.И.М.У. за № 314, съ діагнозомъ: angioma arteriosum helicis.

Болѣе подробныхъ свѣдѣній объ этой опухоли не имѣлось.

Подъ *микроскопомъ* виденъ поперечный разрѣзъ черезъ ушную раковину. По краямъ срѣзовъ, почти по всей ихъ окружности, имѣется Мальпигіевый слой кожи, а въ центрѣ хрящъ. Въ одномъ мѣстѣ кожи видна язва съ сильно инфильтрированнымъ круглыми клѣтками дномъ. Такой же инфильтратъ имѣется и подъ неповрежденнымъ Мальпигіевымъ слоемъ. Между хрящемъ и кожей виденъ участокъ неправильной формы, діаметромъ около 1,2 cm., отличающійся по строенію отъ окружающихъ его тканей. Мальпигіевый слой надъ этимъ участкомъ истонченъ. Непосредственно подъ нимъ имѣется скопленіе вытянутыхъ клѣтокъ, хорошо красящихся гематоксилиномъ. При болѣе внимательномъ изслѣдованіи съ большимъ увеличеніемъ оказывается, что нѣкоторыя клѣтки располагаются концентрически или параллельными рядами и что между ними кое-гдѣ замѣтны просвѣты. Очевидно, что мы имѣемъ дѣло съ новообразующимися капиллярами. Подъ участкомъ изъ этихъ капилляровъ находятся тяжи соединительной ткани и остатки жировыхъ долекъ подкожнаго слоя. Между дольками видны многочисленные очень мелкіе сосуды артеріальнаго типа, перерѣзанные въ различныхъ направленіяхъ. Просвѣтъ этихъ сосудовъ очень малъ. Стѣнка ихъ состоитъ изъ сочнаго однослойнаго эндотелія и изъ адвентиціи, утолщенной и въ большинствѣ случаевъ гіалиново перерожденной. Въ стѣнкахъ нѣкоторыхъ такихъ сосудовъ открываются также гладкія мышечныя волокна. Бросается въ глаза несоотвѣтствіе между малой величиной просвѣта и значительною толщиною стѣнки этихъ сосудовъ. Среди мелкихъ сосудовъ встрѣчаются и болѣе крупныя и даже большія артеріи, съ рѣзко утолщенной интимой. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ стѣнки инфильтрированы круглыми клѣтками. Въ соединительной ткани между сосудами встрѣчаются скопленія большого количества гемосидерина. Кромѣ отдѣльныхъ жировыхъ клѣтокъ, представляющихъ собой остатки жировыхъ долекъ, попадаются также нервные стволики.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ мелкихъ артеріальныхъ сосудовъ открываются тонснькія эластическія волокна.

Въ сосѣднихъ къ описанному участку жировыхъ долькахъ видно прорастаніе ихъ отдѣльными маленькими артеріальнаго характера сосудами. Прорастаніе такихъ же небольшихъ сосудовъ замѣтно также и вокругъ кожныхъ придатковъ (волосяныхъ мѣшковъ, сальныхъ и, особенно, потовыхъ железъ).

Въ виду описаннаго инфильтративнаго роста мелкихъ сосудовъ, границы между сосудистыми образованіями и нормальной тканью не существуетъ. Въ области описаннаго участка, ближе къ хрящу, имѣется узелъ изъ грануляціонной ткани съ нѣсколькими гигантскими клѣтками. Окраска на бациллы туберкулеза не дала положительныхъ результатовъ.

Резюмируя изложенное, оказывается, что въ области ушной раковины имѣется: новообразованіе сосудовъ капилляр-

наго, а въ болѣе глубокихъ слояхъ — артеріальнаго типа. Кромѣ того было найдено новообразованіе ткани воспалительнаго характера, этіологія котораго осталась мнѣ неизвѣстной.

Главный интересъ этого случая представляетъ отмѣченный выше процессъ новообразованія капилляровъ путемъ размноженія и разрастанія сосудистаго эндотелія и процессъ послѣдующей ихъ артеріализаціи. За новообразовательный характеръ артеріальнаго типа сосудовъ говоритъ чрезмѣрный ростъ элементовъ ихъ стѣнокъ по сравненію съ ихъ просвѣтомъ, а также нестойкость новообразованныхъ тканей (гіалиновое перерожденіе адвентиціи).

Разрастаніе внутренней оболочки крупныхъ приводящихъ, очевидно, сосудовъ скорѣе можно объяснить не воспалительнаго характера процессами, имѣвшимися въ данной области, но слѣдствіемъ повышенія въ нихъ кровяного давленія, возникшаго, благодаря умноженію ихъ периферическихъ окончаній.

Ростъ изслѣдованной опухоли, несомнѣнно, активный. На это указываетъ инфильтративное разрастаніе мелкихъ артеріальныхъ сосудовъ въ жировыхъ долькахъ, прилегающихъ къ мѣсту главнаго сосудистаго новообразованія.

Что касается этіологіи даннаго сосудистаго разрастанія, то наиболѣе удовлетворительнымъ объясненіемъ является предположеніе, что въ опредѣленномъ мѣстѣ ушной раковины былъ заложенъ избыточный зачатокъ сосудистой ткани и что возникшій отъ неизвѣстной причины воспалительный процессъ явился толчкомъ къ усиленному росту этого зачатка.

СЛУЧАЙ VI.

Проф. *М. Н. Никифоровымъ* были предоставлены мнѣ для описанія целлоидиновые срѣзы изъ опухоли кожи, хранившіеся въ коллекціи П.А.П.М.У. за № 656. Опухоль была получена проф. *М. Н. Никифоровымъ* для изслѣдованія отъ г-на Рощина изъ лѣчебницы д-ра *Кни* въ 1898 г. Опухоль помѣщалась въ кожѣ позади уха. Діагнозъ былъ поставленъ: angioma teleangiectodes.

Какихъ либо другихъ свѣдѣній объ этой опухоли у меня не имѣлось.

При разсматриваніи невооруженнымъ глазомъ, видна кожа и

подкожный слой. Въ средней части срѣза видна рѣзко ограниченная опухоль эллиптической формы, длиною 9 mm., шириною около 5 mm., выступающая надъ остальнымъ уровнемъ кожи на 4 mm. Въ опухоли различаются темные участки неправильной формы на болѣе свѣтломъ фонѣ и нѣсколько, повидимому, сосудистыхъ просвѣтовъ (см. *табл. IV, рис. 8*).

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказывается, что темные участки состоятъ изъ многочисленныхъ мельчайшихъ кровеносныхъ сосудовъ капиллярнаго типа, разрѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ и заложенныхъ среди бѣдной ядрами волокнистой, а мѣстами гіалиново измѣненной соединительной ткани. Кромѣ этихъ участковъ изъ сосудовъ видны также капиллярные сосуды, идущіе среди соединительной ткани въ видѣ одиночныхъ тяжей. Многіе изъ упомянутыхъ капиллярныхъ сосудовъ впадаютъ въ большіе просвѣты, по калибру напоминающіе большіе сосуды. Соединительная ткань располагается концентрически вокругъ этихъ большихъ просвѣтовъ, образуя стѣнку ихъ. Стѣнки просвѣтовъ выстланы интенсивно красящимся эндотеліемъ, переходящимъ въ эндотелій капиллярныхъ сосудовъ на мѣстахъ соединенія послѣднихъ съ большими просвѣтами. По окружности опухоли полоса плотной соединительной ткани въ видѣ капсулы отдѣляетъ новообразованіе отъ подкожнаго жирового слоя. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ капиллярные сосуды опухоли прорастаютъ капсулу и распространяются въ окружающей ткани.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, послѣдняя въ большомъ количествѣ открывается по окружности опухоли, особенно въ капсулѣ ея; въ самой опухоли она почти отсутствуетъ и видны лишь отдѣльныя эластическія волокна среди плотной соединительной ткани. Кругомъ сосудовъ капиллярнаго типа эластической ткани совсѣмъ не видно.

На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія нужно признать, что описанная опухоль является сосудистой, капиллярнаго типа, и что, заложенная среди уплотненной соединительной ткани, она окружена капсулой. Діагнозъ: haemangioma capillare cutis circumscriptum. Что ростъ опухоли былъ довольно интенсивный, указываетъ прорастаніе капсулы.

Интересъ описаннаго случая заключается въ своеобразной, уже макроскопически замѣтной, эллиптической формѣ опухоли, въ наличности капсулы и въ связи капиллярныхъ сосудовъ съ большими сосудистаго характера просвѣтами. Эта связь выражается въ томъ, что капилляры непосредственно впадаютъ въ упомянутые большіе просвѣты и эндотелій, выстилающій капилляры, непрерывно переходитъ въ эндотелій, выстилающій стѣнки полостей.

СЛУЧАЙ VII.

М. 38 лѣтъ, умеръ въ О.Н.Г.Б. въ мартѣ 1909 г. отъ туберкулеза легкихъ. При вскрытіи (П.А.К.О.Н.Г.Б.) въ кожѣ волосистой части головы была найдена опухоль сине-краснаго цвѣта, круглой формы, около 0,8 cm. въ діаметрѣ. Д-ромъ *М. А. Мисниковымъ* опухоль любезно была мнѣ предоставлена для описанія, за что приношу ему свою благодарность.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи среди придатковъ кожи (железы, корни волосъ, m. arrectores pilorum) видны многочисленныя полости, располагающіяся то группами, то, чаще, одиночно. Размѣръ полостей самый разнообразный: имѣются очень маленькія полости, отличающіяся отъ нормальныхъ капилляровъ только болѣе толстыми стѣнками, и очень большія полости, діаметромъ около 0,3—0,4 mm., а также всевозможные переходы, начиная отъ самыхъ малыхъ и кончая большими полостями. Форма большинства полостей круглая. Содержимое ихъ состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Всѣ полости выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Стѣнки большихъ полостей мало замѣтны и сливаются съ подкожной соединительной тканью; стѣнки малыхъ полостей состоятъ изъ молодой соединительной ткани, богатой ядрами.

Эластической ткани въ стѣнкахъ полостей не замѣтно.

Соединительная ткань подкожнаго слоя рѣзко гіалиново перерождена. Въ глубинѣ срѣзовъ около мышечнаго слоя виденъ большой артеріальный сосудъ. M. el. interna его въ нѣсколькихъ мѣстахъ прерывается.

На основаніи данныхъ изслѣдованія, обнаружившаго большое количество кровяныхъ полостей на необычномъ мѣстѣ, нужно признать, что описанная опухоль была сосудистая кавернознаго типа диффузнаго характера. Діагнозъ: haemangioma cavernosum cutis capitis diffusum.

СЛУЧАЙ VIII.

У больного 32 л., въ Г.Х.К.Н.У. 22. VII. 1907 г. (въ то время я состоялъ и. д. ассистента клиники) была удалена большая опухоль, занимавшая значительную часть покрововъ черепа справа [1]) (см. *табл. III, рис. 5*). Подробное описаніе клинической картины и операціи данной опухоли были мною приведены въ отдѣльной работѣ [2]). Поэтому здѣсь будутъ сообщены лишь наиболѣе важныя данныя изъ анамнеза больного и краткое описаніе опухоли.

Когда больному было 5 лѣтъ, окружающіе впервые замѣтили не-

---

[1]) Вкратцѣ мною объ этой опухоли упомянуто на стр. 123.

[2]) *Корнманъ.* Къ леченію большихъ артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ покрововъ черепа. Х. 1909. № 150.

большую красную опухоль, величиною съ вишню, помѣщавшуюся въ правой височной области. Черезъ три года послѣ этого больной ушибъ голову, при чемъ повредилъ опухоль. Послѣ этого опухоль стала постепенно увеличиваться, сперва медленно, а послѣдніе 1½ года болѣе интенсивно. Опухоль достигла величины большого кулака, діаметромъ около 15,5 cm. и состояла изъ двухъ частей, большей передней и меньшей задней. Центральная часть опухоли занимала всю правую височную область; кзади опухоль на два пальца заходила на теменную область, кнаружи—до верхняго края правой ушной раковины, кнутри на 1,5 cm. не достигала средней линіи, а кпереди свисала надъ правымъ глазомъ, доходя до правой скуловой кости. Опухоль была мало подвижна. На ощупь она представлялась болѣе теплой, чѣмъ окружавшія ее ткани. Консистенція ея была неравномѣрная; при ощупываніи получалось впечатлѣніе ряда плотныхъ узелковъ и тяжей, напоминавшихъ клубокъ веревокъ. Центральная часть опухоли ясно пульсировала; пульсація прекращалась при сдавленіи правой общей сонной артеріи. Кожа въ предѣлахъ опухоли была измѣнена: она представлялась сине-багроваго цвѣта; отдѣльные безпорядочно разбросанные плоскіе узелки различной величины, возвышавшіеся надъ остальнымъ уровнемъ кожи, имѣли особенно интенсивную окраску съ синюшнымъ оттѣнкомъ. Кожа по окружности опухоли представлялась нормальной; сосуды же, подходившіе къ опухоли (правая затылочная, правая задняя ушная и лѣвая поверхностная височная артеріи) были извилисты, утолщены и плотны. Вся правая поверхностная височная артерія была захвачена опухолью. Діагнозъ: haemangioma arteriale racemosum (et haemangioma simplex ?). Черезъ шесть недѣль послѣ операціи больной былъ выписанъ выздоровѣвшимъ; упомянутыя выше расширенныя артеріи по окружности опухоли пришли къ нормѣ.

Удаленная опухоль была консервирована по способу Мельникова-Разведенкова и сохраняется въ музеѣ П.А.И.Н.У. за № 1782. Она значительно спалась въ виду опорожненія ея отъ крови. При препаровкѣ опухоли оказалось, что главная ея масса состояла изъ макроскопически ясно замѣтныхъ, увеличенныхъ въ числѣ и объемѣ артерій, крайне извилистыхъ, многократно переплетавшихся между собою въ различныхъ плоскостяхъ и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ образовавшихъ мѣшковидныя выпячиванія.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись кусочки изъ различныхъ мѣстъ опухоли. Подъ микроскопомъ видна кожа съ нѣсколько уплощеннымъ Мальпигіевымъ слоемъ, къ которому мѣстами близко подходятъ узлы, состоящіе изъ капиллярныхъ и прекапиллярныхъ сосудовъ. Мѣстами подъ Мальпигіевымъ слоемъ видна гомогенная гіалиноваго вида плотная соединительная ткань, бѣдная ядрами и содержащая корни волосъ, пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ (m. arrectores pilorum), потовыя и сальныя железы и выводные протоки железъ. Кое-гдѣ подъ Мальпигіевымъ слоемъ расположенъ круглоклѣточный инфильтратъ. Ниже соединительнотканнаго слоя видны многочисленные просвѣты перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ необычно

широкихъ сосудовъ, большею частью артеріальнаго типа. Они всѣ въ спавшемся или полуспавшемся состояніи, однако и въ такомъ видѣ просвѣтъ ихъ достигаетъ величины 0,5—0,7 mm., такъ что бросается въ глаза рѣзкое несоотвѣтствіе между величиною просвѣта и толщиной стѣнки (см. *табл. IV, рис. 9*). Стѣнка въ большинствѣ сосудовъ представляется рѣзко измѣненной. Эндотелій сочный, красится хорошо. Интима сильно разращена въ видѣ молодой, богатой ядрами соединительной ткани: въ нѣкоторыхъ сосудахъ разращеніе интимы происходитъ въ видѣ узловъ (endarteriitis nodosa), въ другихъ—по всей окружности просвѣта, иногда до полнаго закрытія послѣдняго. Граница между внутреннимъ и мышечнымъ слоемъ то ясно различается (m. elastica interna видна хорошо), то выражена плохо (m. elastica interna видна лишь кое-гдѣ или совершенно отсутствуетъ). Въ нѣкоторыхъ большихъ сосудахъ на границѣ между внутреннимъ и мышечнымъ слоемъ, на мѣстѣ m. elastica interna, произошло отложеніе извести въ видѣ полосъ. Въ мышечной оболочкѣ замѣтно значительное развитіе соединительной ткани, часто гіалиново измѣненной; во многихъ сосудахъ остались лишь разрозненныя мышечныя волокна. Adventitia мѣстами утолщена; въ большинствѣ небольшихъ сосудовъ она представляется въ видѣ гіалиноваго ободка. Стѣнки многихъ большихъ сосудовъ, по сравненію съ шириною просвѣта, въ общемъ истончены и endo- и mesoarteriitis представляетъ, очевидно, явленіе компенсаторное. Наряду съ сильно измѣненными артеріальными сосудами видны немногочисленные сосуды венознаго типа.

При окраскѣ на эластическую ткань (по Weigert'у, по Dürck-Weigert'у и Unna-Taenzer'у) различными способами, она обнаруживается въ большихъ сосудахъ въ значительномъ количествѣ. Особенно много эластическихъ, преимущественно толстыхъ, волоконъ видно въ наружной сосудистой оболочкѣ. Изъ послѣдней преимущественно лишь тоненькія эластическія волокна направляются въ мышечную и даже во внутреннюю сосудистую оболочку, пронизывая разросшуюся соединительную ткань (endarteriitis nodosa), другія же волокна, иногда и болѣе толстыя, идутъ въ окружающую сосуды ткань. Во многихъ мѣстахъ тонкія эластическія волокна исходятъ въ окружающую ткань и изъ стѣнокъ сосудовъ средняго калибра, расположенныхъ мѣстами среди мельчайшихъ сосудовъ.

Мельчайшіе сосуды образуютъ многочисленные узлы не только подъ Мальпигіевымъ слоемъ, какъ уже было упомянуто, но и на различной глубинѣ препарата безъ видимой опредѣленной локализаціи. Узлы состоятъ изъ капилляровъ, прекапилляровъ, затѣмъ многочисленныхъ мельчайшихъ артеріальныхъ сосудовъ и, наконецъ, изъ всевозможнаго калибра сосудовъ, представляющихъ собой различныя переходныя формы къ болѣе крупнымъ артеріямъ.

Стѣнки мелкихъ сосудовъ въ этихъ узлахъ состоятъ изъ однояднаго сочнаго эндотелія, окруженнаго обычно соединительнотканной оболочкой различной величины. Въ стѣнкахъ мельчайшихъ капил-

ляровъ этой оболочки не видно (*Кульчицкій*[1]). Тѣ же сосуды, въ которыхъ соединительнотканная оболочка выражена и даже видны мышечныя волокна въ незначительномъ количествѣ, стоятъ на границѣ между мелкими капиллярами и мельчайшими артеріями и отнесены мною къ прекапиллярамъ (*Keibell и Mall*[2]). При большомъ развитіи въ стѣнкахъ сосудовъ соединительной ткани, она часто представляется гіалиново измѣненной.

Большинство мельчайшихъ сосудовъ въ спавшемся состояніи, лишь въ нѣкоторыхъ изъ нихъ видна кровь. Мелкіе сосуды, повидимому, очень извилисты, такъ какъ на срѣзахъ оказываются перерѣзанными въ самыхъ различныхъ плоскостяхъ и никогда не располагаются въ одной плоскости на значительномъ пространствѣ.

При окраскѣ на эластическую ткань различными способами, въ мельчайшихъ сосудахъ узловъ эластическія волокна не обнаруживаются. Въ нѣсколько бóльшихъ сосудахъ замѣтны прерывающіеся пучки эластическихъ волоконъ, а въ болѣе крупныхъ уже виденъ полный кругъ изъ эластическихъ волоконъ, отъ которыхъ исходятъ тонкія волоконца, направляющіяся въ окружающую сосуды ткань.

Нѣкоторые узлы изъ мелкихъ сосудовъ строго отграничены, большею же частью отмѣчается диффузное прорастаніе ткани.

Среди узловъ видны группы жировыхъ клѣтокъ, поперечно-полосатыя мышечныя волокна, нервные стволы и сосуды большого калибра. Всѣ упомянутыя ткани обрастаются и прорастаются мельчайшими сосудами капиллярнаго и прекапиллярнаго типа.

Часть мышечныхъ волоконъ представляется раздвинутой и окруженной мелкими сосудами, часть проросшей ими (см. *табл. IV, рис. 10*). Мышечныя волокна атрофированы, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно разрастаніе ихъ ядеръ.

Въ одномъ рядѣ препаратовъ видно, какъ мелкіе сосуды подходятъ къ нервнымъ стволамъ, въ другомъ, какъ тѣ же сосуды обрастаютъ нервный стволъ со всѣхъ сторонъ, образуя вокругъ него какъ бы оболочку, наконецъ, въ третьемъ рядѣ препаратовъ отмѣчается, какъ сосуды внѣдряются внутрь нервнаго ствола и раздвигаютъ нервныя волокна, которыя при этомъ сдавливаются, атрофируются и исчезаютъ (см. *табл. IV, рис. 11*).

Значительный интересъ представляетъ картина прорастанія стѣнокъ большихъ сосудовъ мелкими. Изъ сосудистаго узла происходитъ прорастаніе мелкими сосудами наружной, затѣмъ средней и даже внутренней оболочки крупныхъ сосудовъ. Въ центрѣ нѣкоторыхъ узловъ видны сосудистые просвѣты большей величины, но безъ ясно выраженной сосудистой стѣнки. Эти просвѣты выстланы эндотеліемъ и на-

---

[1]) *Кульчицкій.* Основы гистологіи человѣка и животныхъ. 1903. III. p. 135.

[2]) *Keibell und Mall.* Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. 1911. Bd. II. p. 564

полнены кровью. Они извилистой формы и въ различныхъ мѣстахъ переходятъ въ сосуды узловъ капиллярнаго и прекапиллярнаго типа (см. *табл. IV, рис. 12*).

Нѣкоторые узлы представляются инфильтрированными громаднымъ количествомъ эозинофиловъ. Мѣстами въ соединительной ткани имѣются свѣжія кровоизліянія, локализирующіяся иногда по окружности нервныхъ пучковъ; мѣстами виденъ круглоклѣточный инфильтратъ, чаще около небольшихъ сосудовъ и потовыхъ железъ. Вокругъ послѣднихъ отмѣчается разрастаніе соединительной ткани; ихъ membrana propria гіалиново перерождена.

Изъ сопоставленія данныхъ изслѣдованія видно, что въ описанномъ случаѣ найдено два процесса: 1) новообразованіе и разрастаніе мелкихъ сосудовъ (капилляровъ и прекапилляровъ) въ видѣ узловъ и 2) увеличеніе количества большихъ артеріальныхъ сосудовъ и рѣзкія измѣненія въ ихъ стѣнкахъ. Мѣстами сосуды представлялись настолько измѣненными, что было трудно установить, къ какому типу они принадлежатъ. Венозныхъ сосудовъ было найдено лишь очень малое количество.

Для объясненія генеза описаннаго образованія нужно имѣть въ виду три возможныя предположенія.

1) Во-первыхъ, можно допустить, что въ данномъ случаѣ имѣется только одно сосудистое новообразованіе, заключающееся въ разрастаніи капиллярныхъ и прекапиллярныхъ сосудовъ (haemangioma simplex). Измѣненія же въ большихъ артеріальныхъ сосудахъ какъ тѣхъ, которые находились внутри опухоли, такъ и тѣхъ, утолщенныхъ и извилистыхъ, которые находились въ окружности опухоли, можно было бы считать вторичными и объяснить ихъ происхожденіе повышеніемъ кровяного давленія въ приводящихъ къ опухоли сосудахъ. Возникаетъ вопросъ, не являются ли описанныя переходныя формы между большими сосудами и капиллярами узловъ ничѣмъ инымъ, какъ развѣтвленіями предсуществовавшихъ артерій. Въ пользу этого предположенія говоритъ быстрое возвращеніе послѣ операціи къ нормѣ сильно увеличенныхъ въ объемѣ и извилистыхъ приводящихъ сосудовъ опухоли. Но противъ даннаго предположенія говоритъ увеличенное, по сравненію съ нормой, количество артеріальныхъ сосудовъ, извивающихся и переплетающихся въ опухоли на ограниченномъ пространствѣ покрововъ черепа. Количество артеріальныхъ сосудовъ въ опухоли слиш-

комъ велико, чтобы можно было объяснить появленіе послѣдней только удлиненіемъ и извилистостью одного или нѣсколькихъ сосудовъ, обычно расположенныхъ въ височной области.

2) Во-вторыхъ, возможно допущеніе, что въ описанномъ случаѣ имѣются различныя стадіи развитія одного и того же новообразованія, а именно: размноженіе и разрастаніе капиллярныхъ сосудовъ опредѣленнаго участка кожи, постепенная артеріализація капилляровъ и новообразованіе такимъ образомъ большихъ сосудовъ. Въ пользу такого взгляда говорятъ главнымъ образомъ найденныя всевозможныя переходныя формы между мелкими и большими сосудами, а также непосредственное сообщеніе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоли между капиллярами и большими сосудистыми полостями (см. *табл. IV, рис. 12*). Добавлю, что возможность такой „артеріализаціи" капиллярныхъ сосудовъ одними авторами рѣшительно отвергается, другими же допускается (см. стр. 124). Противъ этого, второго, взгляда говоритъ отсутствіе новообразовательныхъ процессовъ въ большихъ сосудахъ, а также фактъ прорастанія послѣднихъ мелкими сосудами.

3) Наконецъ, можно думать, что описанная опухоль состоитъ изъ двухъ различныхъ образованій: изъ простой гемангіомы и изъ артеріальной рацемозной. Такое предположеніе мною было высказано при представленіи больного въ Обществѣ русскихъ врачей въ Одессѣ[1]) и въ моей работѣ[2]). За такое предположеніе говоритъ, главнымъ образомъ, очень большое количество большихъ артеріальныхъ сосудовъ, извивающихся и переплетающихся на ограниченномъ пространствѣ покрововъ черепа, а также наличность многочисленныхъ узловъ, по своему строенію характерныхъ для простой гемангіомы.

Virchow и большинство германскихъ патолого-анатомовъ причисляютъ измѣненія въ артеріальной системѣ, подобныя описаннымъ мною въ данномъ случаѣ, къ новообразовательнымъ и называютъ ихъ angioma arteriale racemosum.

---

[1]) Засѣданіе 30. X. 1907 г.

[2]) *Корнманъ*. l. c.

Французская школа, наоборотъ, отрицаетъ новообразовательный характеръ такихъ измѣненій артеріальной системы и причисляетъ ихъ къ ангіэктазіямъ, называя ихъ aneurysma racemosum или aneurysma cirsoides.

На основаніи изученія собственнаго случая я пришелъ къ выводу, что измѣненія въ артеріальной системѣ въ то время, когда опухоль была удалена и подвергнута микроскопическому изслѣдованію, несомнѣнно не носили новообразовательнаго характера и должны быть причислены къ дегенеративнымъ процессамъ. Однако, изъ этого вывода еще не слѣдуетъ, что первоначально не было заложено избыточное количество артеріальныхъ сосудовъ, которые тогда могли и не представлять какихъ либо дегенеративныхъ измѣненій.

Изъ приведенныхъ трехъ различныхъ объясненій генеза опухоли мнѣ наиболѣе правильнымъ представляется послѣднее.

Что касается первопричины описаннаго заболѣванія, то ее слѣдуетъ искать въ самомъ раннемъ періодѣ жизни больного. Изъ анамнеза извѣстно, что опухоль, когда больному было пять лѣтъ, уже была величиной съ вишню. Слѣдуетъ допустить, что опухоль существовала съ рожденія, но не была замѣчена окружающими вслѣдствіе малой ея величины и скрытой ея локализаціи (подъ волосами головы). Началомъ этой опухоли является, по всей вѣроятности, неправильная и избыточная закладка въ зародышевомъ періодѣ организма одного или нѣсколькихъ сосудистыхъ участковъ правой височной области. Интенсивное разрастаніе капилляровъ можно объяснить неправильной и, главнымъ образомъ, избыточной закладкой капилляровъ, а увеличеніе количества артерій—избыточной и, главнымъ образомъ, неправильной закладкой артерій. При послѣдующемъ развитіи организма капиллярные сосуды упомянутыхъ сосудистыхъ участковъ сохранили способность размножаться и разрастаться вплоть до того времени, когда была произведена операція (на 32-омъ году жизни больного), артеріальные же сосуды тѣхъ же участковъ къ этому времени совершенно закончили свой ростъ и представляли ясные признаки обратнаго развитія.

Отмѣченные въ анамнезѣ частые ушибы опухоли, повидимому, только способствовали усиленію ея роста.

Резюмируя все вышеизложенное, я прихожу къ заключенію, что описанная мною опухоль является сложной по строенію: во-первыхъ, имѣется простая гемангіома, но съ очень сильнымъ и даже злокачественнымъ ея ростомъ (прорастаніе мышцъ, нервовъ и даже стѣнокъ большихъ сосудовъ) и, во-вторыхъ,—артеріальная рацемозная гемангіома височной области.

СЛУЧАЙ IX.

Д. 10 лѣтъ, впервые поступила въ Г.Х.К.И.У. 24. IV. 1909 г. (въ то время я состоялъ и. д. ассистента клиники).

Отъ рожденія у дѣвочки были отмѣчены красныя пятна, которыя стали увеличиваться за послѣднее время.

При осмотрѣ мною найдены темно-синія пятна кожи въ области нижняго праваго вѣка и въ области щеки, кпереди отъ праваго уха. Кромѣ того отмѣчена опухоль темно-синяго цвѣта, величиною съ голубиное яйцо, занимавшая правый уголъ рта и просвѣчивавшаяся какъ черезъ слизистую губы и щеки, такъ и черезъ кожу щеки. Опухоль мягкой консистенціи, при надавливаніи уменьшается, не пульсируетъ.

7. V. 1909 г. дѣвочка заболѣла корью и была выписана изъ клиники.

21. IX. 1909 г. она вновь поступила въ клинику. За прошедшіе $4^1/_2$ мѣсяца опухоль въ области праваго угла рта значительно увеличилась въ объемѣ. Наиболѣе замѣтенъ ростъ опухоли со стороны слизистой губы и щеки, гдѣ появились возвышенности, придающія поверхности опухоли бугристый видъ. Толщина опухоли около 3 cm. Отмѣчается прорастаніе опухолью кожи и слизистой. По периферіи опухоли видны приводящіе сосуды. При сдавливаніи опухоли, она почти не уменьшается, при этомъ въ глубинѣ ея прощупываются плотные участки. Впервые отмѣчены лишь недавно появившіяся красныя пятна въ области правой стороны твердаго неба, верхняго праваго вѣка и внутренняго угла праваго глаза. Всѣ пятна, а также большая опухоль какъ при наклоненіи головы или туловища, такъ и при крикѣ или плачѣ дѣвочки увеличиваются въ объемѣ и темнѣютъ.

10. IX. 1909 г. удаленъ подъ хлороформеннымъ наркозомъ небольшой клиновидный кусочекъ изъ опухоли угла рта, послѣ чего опухоль сейчасъ же спалась. Кусочекъ взятъ мною для изслѣдованія (I).

8. XII. 1909 г. произведена повторная операція: удалены 2 клиновидныхъ кусочка изъ той же опухоли. Оба кусочка, доставленные въ П.А.И.П.У. ординаторомъ клиники д-ромъ *Д. М. Соколовымъ*, были также мною изслѣдованы микроскопически (II).

Дальнѣйшее теченіе болѣзни мнѣ неизвѣстно.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочка, добытаго при первой операціи (I), обнаруживаются подъ слизистой оболочкой рядъ полостей неправильной формы, наполненныхъ кровью. Нѣкоторыя полости очень близко подходятъ къ эпителіальному слою и даже истончаютъ его; большинство полостей располагается среди соединительной ткани и среди поперечно-полосатыхъ мышечныхъ пучковъ. Всѣ полости выстланы однослойнымъ сочнымъ эндотеліемъ, лежащимъ на тонкомъ соединительнотканномъ слоѣ. Кромѣ этихъ двухъ слоевъ, другихъ элементовъ въ составѣ стѣнки полостей нѣтъ. Къ поддерживающему эндотелій соединительнотканному слою непосредственно примыкаютъ различные элементы ткани губы: соединительная ткань, поперечно-полосатыя мышечныя волокна и, наконецъ, сосуды или нервныя волокна. Расположеніе полостей среди тканей губы не представляетъ какой-либо правильности: то полости находятся близко другъ къ другу, то онѣ разбросаны. Капсулы по окружности распространенія полостей нѣтъ, невозможно также указать точную границу послѣдняго. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ имѣются смѣшанные тромбы. Отдѣльные поперечно-полосатые мышечные пучки, лежащіе вблизи полостей, атрофированы или представляютъ картину Ценкеровскаго перерожденія. Въ Мальпигіевомъ слоѣ кое-гдѣ видны воспалительныя явленія, а также атипическое разрастаніе эпителія вглубь.

Въ остальныхъ мѣстахъ срѣзовъ, преимущественно между мышечными пучками, поражаютъ значительныя кровоизліянія свѣжаго происхожденія (слѣдствіе операціи).

При окраскѣ по Weigert'у на эластическую ткань, послѣдняя въ стѣнкахъ полостей не открывается. Въ остальной, окружающей полости, ткани особаго увеличенія или уменьшенія ея не замѣчается.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочковъ, добытыхъ во время второй операціи (II), полости, наполненныя кровью, открываются главнымъ образомъ въ глубокихъ слояхъ губы, далеко отъ слизистой, и лишь въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онѣ находятся сейчасъ же подъ слизистой. Строеніе препарата опухоли (II) отличалось отъ строенія препарата (I), описаннаго выше, процессомъ обратнаго развитія опухоли. Кровяныя полости извилисты, выстланы однорядныімъ плоскимъ эндотеліемъ и не имѣютъ другой стѣнки, кромѣ эндотелія и поддерживающаго его тонкаго слоя, состоящаго изъ волоконъ соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ отмѣчается процессъ организаціи тромбовъ. По окружности полостей видна волокнистая соединительная ткань. Подъ слизистой оболочкой почти вездѣ видна рубцовая соединительная ткань, слизисто перерожденные участки и значительное количество молодой грануляціонной ткани. Кое-гдѣ открывается бурый кровяной пигментъ.

Эластической ткани, при окраскѣ по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей не найдено.

Отмѣчается во многихъ мѣстахъ атрофія поперечно-полосатыхъ мышцъ и ихъ прорастаніе соединительною тканью. Во многихъ мѣстахъ замѣтно также компенсаторное разрастаніе отдѣльныхъ мышечныхъ волоконъ. Въ нѣкоторыхъ большихъ сосудахъ артеріальнаго типа имѣется неравномѣрное утолщеніе интимы.

Между полостями и въ межуточной ткани встрѣчаются нервныя волокна и слюнныя железы со своими протоками.

Итакъ, у дѣвочки 10 лѣтъ найдены врожденныя сосудистыя опухоли на лицѣ. Микроскопическому изслѣдованію подверглись кусочки, вырѣзанные изъ опухоли угла рта.

Въ вырѣзанномъ при первой операціи кусочкѣ были найдены полости, наполненныя кровью, разбросанныя въ толщѣ губы и проросташія и сдавливавшія поперечно-полосатыя мышцы. Діагнозъ: haemangioma cavernosum diffusum labii oris.

Въ кусочкахъ, доставленныхъ послѣ повторной операціи, уже не было видно разрастанія опухоли. Напротивъ, отмѣчается разрастаніе молодой грануляціонной ткани, а также въ нѣкоторыхъ мѣстахъ развитіе рубцовой ткани. Въ приводящихъ артеріальныхъ сосудахъ отмѣченъ эндартеріитъ. Мышцы угла рта представлялись рѣзко измѣненными: частью атрофировались, частью переродились.

Интересъ приведеннаго случая заключается въ диффузномъ и въ очень, повидимому, интенсивномъ ростѣ кавернозной гемангіомы угла рта. Первоначальное развитіе опухоли, повидимому, имѣло мѣсто въ подслизистой ткани, откуда ростъ ея направился главнымъ образомъ въ глубокія части губы.

Отмѣчу, что опухоль была замѣчена уже при рожденіи дѣвочки. Этотъ фактъ говоритъ въ пользу врожденнаго происхожденія опухоли и, какъ можно думать, изъ неправильно и избыточно заложенныхъ сосудистыхъ участковъ.

Замѣщеніе сосудистыхъ полостей, послѣ удаленія части новообразованія, разрастающейся грануляціонной тканью —также представляетъ интересъ описаннаго случая.

СЛУЧАЙ X.

М. 19 лѣтъ, поступилъ въ Г.Х.К.Н.У. 24. IX. 1911 г. Кл. діагн.: Angioma faciei et linguae.

Изъ исторіи болѣзни (№ 13661/272, д-ръ *Штокманъ*), съ кото-

рой мнѣ удалось познакомиться при вскрытіи, усматривается, что у больного отъ рожденія существовала опухоль лица, занимавшая главнымъ образомъ лѣвую сторону нижней губы и языкъ. Ни у кого изъ родителей больного и его четырехъ братьевъ не было подобныхъ опухолей.

Рѣчь больного была невнятная, слухъ въ лѣвомъ ухѣ былъ пониженъ, на днѣ лѣваго глаза при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи (прив.-доц. *К. А. Юдинъ*) уклоненій отъ нормы не найдено. Опухоль занимала кожу лѣвой щеки и лѣвой стороны шеи, лѣвую половину языка и слизистыя оболочки щеки, твердаго и мягкаго неба лѣвой стороны. Кромѣ того у больного была врожденная правосторонняя паховая грыжа.

Больной умеръ во время операціи 14. XI. 1911 г. отъ кровотеченія изъ разорвавшейся ангіоматозной каверны корня языка.

Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 16. XI. 1911 г. Пр. вскр. № 30/567 (д-ръ *Корнманъ*).

Пат.-анат. діагн.: Status post rupturam intra operationem angiomatis cavernosi linguae. Sanguis in tractu bronchiale e tumore cavernoso rupto et obturatio totalis tractus bronchialis. Oedema pulmonum. Pleuritis adhaesiva utriusque lateris. Dilatatio cordis dextri. Hyperplasia folliculorum lienis. Hyperaemia venosa renum. Hyperplasia folliculorum intestinorum. Hydrocele dextra. Angiomata multiplicia malae sin., reg. colli sin., labiorum, linguae, palati duri et mollis, uvulae, epiglottidis, chordarum vocalium et tracheae.

Умершій—мужчина правильнаго и крѣпкаго сложенія съ хорошо развитыми подкожнымъ жиромъ и мышцами. Трупное окоченѣніе развито рѣзко. Кожныя покровы блѣдны. На лѣвой сторонѣ лица серповидный шрамъ. На шеѣ по средней линіи продольная незашитая операціонная рана, ок. 3 cm. длиною, проникающая въ трахею. Въ рану вставлена трахеотомическая трубка. Въ кожѣ лѣвой стороны шеи и лѣвой щеки имѣется рядъ небольшихъ круглыхъ некротическихъ участковъ (результатъ электролиза). На шеѣ слѣва, начиная отъ ея середины и кончая processus mastoideus sin., выдается опухоль, величиной съ кулакъ ребенка, расположенная подкожно. Въ области лѣвой щеки также имѣется опухоль, расположенная подкожно и занимающая всю щеку отъ верхней губы до лѣваго уха. Лѣвая ушная раковина синяго цвѣта. Въ кожѣ лѣвой щеки, кпереди отъ наружнаго слухового прохода, виденъ красный участокъ, величиной съ серебряную пятикопѣечную монету. Въ слизистой оболочкѣ щеки и праваго угла рта замѣтны сине-черныя возвышенія. Подкожный жиръ, мышцы и костная система развиты хорошо. При осмотрѣ брюшной полости положеніе внутренностей правильное: брюшина гладка и блестяща; брыжеечныя железы увеличены. При осмотрѣ грудной полости, легкія оказываются сращенными съ грудной клѣткой плотными, фиброзными спайками. Въ полости сердечной сумки найдено около столовой ложки прозрачной желтоватой жидкости. Стояніе діафрагмы—справа IV ребро, слѣва IV межреберный промежутокъ. Сердце растянуто. Эпикар-

дій гладокъ и блестящъ, содержитъ у основанія сердца немного жира. Предсердія и желудочки растянуты, въ ихъ полостяхъ содержится жидкая кровь. Стѣнка праваго сердца рѣзко истончена. Селезенка увеличена, дрябла, пульпа соскабливается въ значительномъ количествѣ. Въ трахеѣ и бронхахъ жидкая кровь. Легкія застойны. На разрѣзахъ видны красные участки, результатъ затекшей крови въ паренхиму легкихъ. Въ полости рта и въ гортани жидкая кровь.

Языкъ увеличенъ въ объемѣ, въ слизистой его, съ лѣвой стороны и въ корнѣ языка—отдѣльныя темно-синія возвышенія. Въ области средней ⅓ языка слѣва и спереди открывается небольшой дефектъ слизистой, изъ котораго при давленіи на языкъ вытекаетъ кровь; зондъ, введенный въ этотъ дефектъ, попадаетъ въ небольшую полость. Кромѣ того видны темно-синіе участки различной формы и величины въ области обѣихъ дужекъ, въ язычкѣ, надгортанникѣ, въ обоихъ Моргагніевыхъ желудочкахъ и, наконецъ, одно темно-синее возвышеніе круглой формы, величиной съ горошину, имѣется въ слизистой трахеи, именно на передней ея поверхности, справа отъ средней линіи.

Пищеводъ и желудокъ безъ особыхъ измѣненій. Въ кишечникѣ гиперплазія фолликулярнаго аппарата. Печень нѣсколько увеличена, застойна. Почки застойны, капсула снимается легко. Мочевой пузырь растянутъ мочей. Въ полости влагалищной оболочки праваго яичка—серозный выпотъ. Въ головномъ мозгу, кромѣ малокровія, особыхъ измѣненій не найдено.

Языкъ, гортань и начало трахеи фиксированы по способу проф. Мельникова-Разведенкова и сохраняются въ музеѣ П.А.И.Н.У. за № 1710. Сейчасъ же послѣ вскрытія этотъ препаратъ былъ изображенъ въ краскахъ художникомъ *В. П. Никулинымъ* (см. *табл. I*, *рис. 1*).

Для *микроскопическаго* изслѣдованія взяты кусочки изъ различныхъ мѣстъ опухоли (языка, язычка, шеи, щеки и др.).

1) При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочка, вырѣзаннаго изъ лѣваго края *языка* (въ области средней его ⅓), видны между раздвинутыми поперечно-полосатыми мышечными волокнами многочисленныя сосудистыя полости, разнообразныя по величинѣ и причудливыя по формѣ. Ближе къ краю языка имѣются большія полости, діаметромъ до 1,5 mm. Между этими полостями видны лишь кое-гдѣ остатки атрофированныхъ мышцъ (см. *табл. V*, *рис. 13*). Въ тѣхъ участкахъ препарата, которые соотвѣтствуютъ болѣе центрально расположеннымъ частямъ языка, мышечная ткань количественно преобладаетъ и сосудистыя полости представляются меньшими по величинѣ, но зато съ болѣе извилистыми стѣнками. Большинство сосудистыхъ полостей сообщается другъ съ другомъ. Въ большихъ полостяхъ видны разрывы перегородокъ, болѣе же мелкія сообщаются между собою при помощи узкихъ сосудистыхъ ходовъ, иногда очень извитыхъ, по своему строенію похожихъ на капилляры. Всѣ сосудистыя полости наполнены красными кровяными шариками съ очень незначительною при-

мѣсью бѣлыхъ и выстланы сочнымъ однорядиымъ эндотеліемъ. Кнаружи отъ эндотелія почти всегда виденъ слой изъ волокнистой соединительной ткани различной толщины. Обычно онъ хорошо замѣтенъ и даже достигаетъ значительныхъ размѣровъ и гораздо рѣже онъ совершенно отсутствуетъ и эндотеліальныя клѣтки непосредственно прилежатъ къ волокнамъ поперечно-полосатыхъ мышцъ. Мѣстами среди соединительнотканныхъ элементовъ этого слоя видны гладкія мышечныя клѣтки, расположенныя рядами и концентрически къ просвѣтамъ сосудистыхъ полостей. Однако ни разу не удалось замѣтить, чтобы гладкая мышечная ткань со всѣхъ сторонъ окружала сосудистыя полости. Въ периферическихъ отдѣлахъ языка, въ области нахожденія большихъ полостей открывается большое количество гіалиновой соединительной ткани. Среди послѣдней видны отдѣльныя атрофированныя поперечно-полосатыя мышечныя волокна. Въ болѣе центральныхъ отдѣлахъ языка, гдѣ находятся болѣе мелкія кровяныя полости, среди волокнистой соединительной ткани расположены кровеносные сосуды, нервныя волокна и жировыя клѣтки. Поперечно-полосатыя мышцы располагаются въ этихъ участкахъ въ видѣ болѣе толстыхъ, мало измѣненныхъ, пучковъ. Во всемъ препаратѣ, наравнѣ съ кровяными полостями, замѣтно громадное количество мелкихъ сосудовъ съ утолщенными стѣнками, носящихъ характеръ капилляровъ, или, вѣрнѣе, представляющихъ собою переходныя формы къ очень маленькимъ венамъ (прекапилляры). У края языка нѣкоторыя полости очень близко подходятъ къ базальному слою слизистой оболочки, будучи отдѣленными отъ нея лишь тоненькой полосой соединительной ткани. Слизистая въ этихъ мѣстахъ рѣзко истончена (до $^1/_4$ обычной толщины). Недалеко отъ этого мѣста открывается язва, на днѣ которой обильное разрастаніе грануляціонной ткани. По окружности язвы глубокіе слои слизистой языка пронизаны полинуклеарными лейкоцитами.

При окраскѣ по Weigert'у на эластическую ткань, въ соединительной ткани по окружности большинства кровяныхъ полостей эластическая ткань совсѣмъ не открывается. Только по окружности нѣкоторыхъ изъ нихъ видны эластическія волокна, расположенныя безпорядочно: то видны скопленія эластическихъ волоконъ, идущихъ концентрически по отношенію къ просвѣту полостей, то замѣтны лишь одиночныя волокна.

2) При микроскопическомъ изслѣдованіи *язычка*, у верхушки послѣдняго видно сосудистое образованіе, которое было замѣтно и при разсматриваніи простымъ глазомъ въ видѣ узла круглой формы, діаметромъ около 0,5 cm. Въ глубокихъ частяхъ этого образованія видны отдѣльныя, довольно крупныя сосудистыя полости различной величины и формы. Всѣ полости выстланы эндотеліемъ, лежащимъ на соединительнотканномъ слоѣ. Между двумя сосѣдними полостями такой слой, окаймленный съ двухъ сторонъ эндотеліемъ, представляетъ собою перегородку между ними. Соединительная ткань волокнистая и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ бѣдна ядрами. Среди этой ткани попадаются атрофированныя поперечно полосатыя мышечныя волокна. Стѣнки полостей очень извили-

сты. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Такія же сосудистыя полости, крайне неправильной формы, встрѣчаются и въ глубокихъ участкахъ язычка и располагаются диффузно среди мышечныхъ пучковъ и железистыхъ элементовъ. Въ подслизистомъ слоѣ язычка въ области узла, замѣтнаго уже макроскопически, видна очень большая полость, наполненная кровью и получившаяся благодаря слiянiю нѣсколькихъ сосѣднихъ полостей: кое-гдѣ среди содержимаго этой полости видны обрывки соединительнотканныхъ перегородокъ. Слизистая оболочка язычка надъ этой большой полостью истончена.

Въ подслизистомъ слоѣ другихъ участковъ язычка видно увеличенное, по сравненiю съ нормой, количество мелкихъ сосудовъ (капилляровъ и мелкихъ венъ). Въ толщѣ язычка отмѣчается также увеличенiе количества мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ.

При окрашиванiи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительнотканныхъ стѣнкахъ бóльшихъ полостей видны немногочисленныя эластическiя волокна. Въ стѣнкахъ мелкихъ сосудовъ эластическiя волокна не открываются.

При микроскопическомъ изслѣдованiи различаются слѣдующiе тканевые элементы язычка: поперечно-полосатыя мышечныя волокна, слизистыя железы, жировыя клѣтки, кровеносные сосуды и нервы. Измѣненными являются лишь нѣкоторые мышечные пучки, представляющiеся атрофированными.

3) При микроскопическомъ изслѣдованiи *лимфатической железы* изъ лѣвой подчелюстной области, обнаруживается ея участокъ, состоящiй изъ семи большихъ сосудистыхъ полостей, преимущественно круглой и овальной формы (см. *табл. V*, *рис. 14*). Размѣры самой большой полости: 5 mm. $\times$ 1 mm. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Всѣ полости выстланы однорядныхъ плоскимъ эндотелiемъ. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной ядрами. Мѣстами эта стѣнка еле замѣтна, мѣстами она представляется въ видѣ широкаго тяжа. Кромѣ того, въ одной изъ полостей въ составъ ея стѣнки входитъ на небольшомъ протяженiи нѣсколько рядовъ гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, расположенныхъ концентрически къ просвѣту полости.

При окрашиванiи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани стѣнокъ полостей видны лишь немногочисленныя тонкiя эластическiя волоконца.

Въ одномъ участкѣ препарата видны большая артерiя и вена, расположенныя вблизи полостей, а кругомъ группы полостей въ небольшомъ количествѣ кровеносные сосуды капиллярнаго типа. Въ соединительной ткани лимфатической железы видно довольно много эозинофильныхъ лейкоцитовъ.

4) При микроскопическомъ изслѣдованiи кусочка, взятаго изъ мягкихъ частей *шеи* слѣва, среди поперечно-полосатыхъ мышцъ открывается участокъ, состоящiй изъ большихъ сосудистыхъ полостей и по

своему строенію сходный съ участкомъ, найденнымъ въ лимфатической железѣ (см. выше). Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики и небольшое количество бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости сообщаются между собою и выстланы однорядным плоскимъ эндотеліемъ. Кнаружи отъ эндотелія видна волокнистая соединительная ткань, иногда же эндотелій непосредственно прилегаетъ къ поперечно-полосатымъ мышцамъ. Мѣстами между сосѣдними полостями имѣются лишь тонкія перегородки межуточной ткани, въ составъ которой входятъ соединительная ткань, поперечно-полосатыя мышцы, а также жировыя клѣтки и небольшіе кровеносные сосуды. Отдѣльные пучки поперечно-полосатыхъ мышцъ представляются атрофированными.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани стѣнокъ полостей видно лишь ничтожное количество тоненькихъ волоконецъ, иногда же эластической ткани совершенно не замѣтно.

Такой же участокъ изъ большихъ полостей открывается въ томъ же препаратѣ среди жировой ткани. По близости этого участка видны большіе венозные сосуды. Микроскопическая картина послѣдняго участка такая же, какъ и перваго,расположеннаго среди мышечной ткани.

5) При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочка, вырѣзаннаго изъ опухоли *щеки*, найдена такая же картина, какъ въ сосудистомъ участкѣ язычка. Подъ истонченной слизистой видна очень большая полость, въ которой видна кровь и обрывки перегородокъ; лишь въ глубинѣ открываются отдѣльныя, сохранившіяся въ цѣлости, сосудистыя полости. Очевидно, что стѣнки полостей, заложенныя болѣе поверхностно, разорвались и просвѣты всѣхъ полостей слились. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтны широкіе тяжи изъ волокнистой, бѣдной ядрами, соединительной ткани, въ которыхъ иногда попадаются атрофированные пучки поперечно-полосатыхъ мышцъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани стѣнокъ полостей видны отдѣльныя тонкія эластическія волокна.

Изъ изложеннаго видно, что у молодого человѣка, 19 лѣтъ, умершаго во время операціи послѣ кровотеченія изъ сосудистой опухоли языка, найдены многочисленныя и распространенныя сосудистыя образованія, развившіяся на большомъ протяженіи, а именно, въ кожѣ и слизистой лѣвой щеки, въ области шеи слѣва, въ языкѣ, язычкѣ, дужкахъ языка и слизистой гортани. Микроскопическое изслѣдованіе показало наличность полостей, наполненныхъ кровью и окруженныхъ тонкими стѣнками различнаго строенія. Общимъ признакомъ строенія для всѣхъ полостей является лишь слой плоскаго эндотелія, выстилающаго внутреннюю поверх-

ность ихъ стѣнокъ. Нѣкоторыя полости не обладаютъ другой стѣнкой, кромѣ эндотеліальной, а потому ихъ слѣдуетъ причислить къ полостямъ капиллярнаго типа. За капиллярный ихъ характеръ говоритъ также нахожденіе непосредственной и многократной связи сосудистыхъ полостей съ капиллярными сосудами. Въ стѣнкахъ другихъ полостей видны остатки мышечной ткани, что, въ связи съ нахожденіемъ здѣсь также небольшого количества эластической ткани, говоритъ скорѣе за венозный характеръ данныхъ полостей. Въ области распространенія полостей видно разрастаніе волокнистой соединительной ткани, частичная ея гіалинизація и атрофія поперечно-полосатыхъ мышцъ. Увеличеніе сосудистыхъ полостей происходитъ главнымъ образомъ благодаря разрывамъ перегородокъ между сосѣдними полостями и соединенію нѣсколькихъ меньшихъ полостей въ одну большую. Значительное давленіе, производимое полостями, сказалось, между прочимъ, въ рѣзкомъ истонченіи слизистой оболочки языка, язычка и т. д. Вслѣдствіе такой атрофіи могутъ произойти разрывы стѣнокъ полостей и слизистой и даже смертельныя кровотеченія, какъ это и наблюдалось въ описанномъ случаѣ (см. стр. 679). Найденная гранулирующая язва въ препаратѣ языка также могла произойти послѣ разрыва стѣнки полости и слизистой съ послѣдующимъ рубцеваніемъ.

Столь значительныя и распространенныя сосудистыя образованія, какія были найдены въ описанномъ случаѣ, несомнѣнно, не пріобрѣтенныя. Изъ анамнеза извѣстно, что опухоль лица была замѣчена отъ рожденія больного. Слѣдовательно, образованіе опухоли, несомнѣнно, относится къ зародышевому періоду развитія организма. Наиболѣе вѣроятнымъ является предположеніе, что въ опредѣленномъ мѣстѣ зародыша произошла неправильная (избыточная) закладка капилляровъ, развившихся въ дальнѣйшемъ также неправильно, въ видѣ атипическаго строенія капилляровъ и сосудовъ, переходныхъ къ мелкимъ венамъ. Неправильность развитія въ данномъ случаѣ коснулась исключительно сосудистаго аппарата.

Резюмируя изложенное, нужно придти къ заключенію, что изслѣдованная опухоль является по происхожденію га-

мартомой, по строенію же — диффузной кавернозной гемангіомой (haemangioma cavernosum diffusum). По *Lamy* (см. стр. 71), эта опухоль занимала на лицѣ верхне-и нижнечелюстныя зоны лѣвой стороны, а на шеѣ — область первой шейной дуги (1-er arc branchial) той же стороны.

Интересъ описаннаго случая заключается прежде всего въ томъ, что доброкачественная по гистологическому строенію опухоль явилась причиной оперативнаго вмѣшательства, окончившагося смертью молодого, въ остальномъ здороваго человѣка. Затѣмъ представляютъ большой интересъ какъ локализація опухоли въ различныхъ областяхъ головы и шеи, такъ и микроскопическое ея строеніе. Послѣднее показало, что различные узлы опухоли состоятъ изъ, преимущественно диффузно расположенныхъ, мелкихъ и большихъ сосудистыхъ полостей.

B. Шея.

СЛУЧАЙ XI.

Для изслѣдованія взятъ препаратъ, хранившійся въ коллекціи П.А.И.Н.У. подъ № 41/84. Діагнозъ: angioma arteriosum colli. Другихъ свѣдѣній объ этомъ препаратѣ не имѣется.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи препарата оказалось, что Мальпигіевъ слой кожи въ срѣзъ не попалъ. Подъ микроскопомъ видно: 1) подкожная клѣтчатка, состоящая изъ жировыхъ долекъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга соединительнотканными тяжами, 2) кровеносные сосуды и нервы, и, наконецъ, 3) глубже попадаются отдѣльно расположенныя, атрофированныя волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ. Въ жировыхъ долькахъ подкожной клѣтчатки открываются обособленные узлы, состоящіе изъ полостей разнообразной величины и формы. Большинство полостей крупнаго калибра, при чемъ нѣкоторыя достигаютъ въ діаметрѣ величины до 1 mm. Наряду съ такими полостями попадаются и очень небольшія полости. Форма полостей также различная: чаще видны круглыя, но попадаются и овальныя, а также съ извилистыми стѣнками. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ; въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, среди которой попадаются пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ большинствѣ случаевъ отдѣльныхъ собственныхъ стѣнокъ у полостей не имѣется, а существуютъ однѣ лишь перегородки между сосѣдними полостями. Почти всѣ перегород-

ки тонкія и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани; мѣстами въ нихъ, какъ было указано выше, въ видѣ узелковъ открываются гладкія мышечныя клѣтки. Очень многія перегородки чрезвычайно тонки и часто по серединѣ какъ бы разорваны, такъ что получается широкое сообщеніе между просвѣтами сосѣднихъ полостей.

При окраскѣ по Weigert'у на эластическую ткань, она открывается въ стѣнкахъ и перегородкахъ между полостями въ видѣ очень тоненькихъ волоконецъ.

Между полостями видны также самостоятельные участки гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ, а также сосуды артеріальнаго типа. Въ нѣкоторыхъ большихъ артеріяхъ отмѣчается значительное утолщеніе стѣнокъ. Мѣстами вблизи узловъ, состоящихъ изъ кавернозныхъ полостей, отмѣчается прорастаніе жировыхъ долекъ мелкими сосудами капиллярнаго и прекапиллярнаго типа.

Итакъ, въ подкожной клѣтчаткѣ области *шеи* имѣлось избыточное развитіе сосудистой и мышечной ткани, носящее характеръ новообразованія. Избыточное развитіе сосудистой ткани выразилось въ наличности узловъ, состоящихъ изъ многочисленныхъ полостей кавернознаго типа, расположенныхъ безъ видимаго порядка. Избыточное развитіе мышечной ткани выразилось въ наличности отдѣльныхъ пучковъ гладкой мышечной ткани, разбросанныхъ также безъ опредѣленнаго порядка въ самой опухоли. Количественно избытокъ мышечной ткани менѣе замѣтенъ, чѣмъ избытокъ сосудистой ткани. Тѣмъ не менѣе, на основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, я долженъ придти къ выводу, что въ области подкожной клѣтчатки шеи даннаго случая имѣлась смѣшанная опухоль (haemangio-leiomyoma).

Происхожденіе гладкой мышечной ткани опухоли, очень вѣроятно, находилось въ зависимости отъ какихъ нибудь неправильностей при сформированіи стѣнки крупнаго сосуда (вены).

Кавернозныя полости опухоли могли произойти также отъ ненормальнаго здѣсь развитія капилляровъ, весьма вѣроятно отъ избыточной ихъ закладки.

Со времени *Virchow*'а происхожденіе такихъ опухолей на шеѣ ставится въ связь съ образованіемъ и обратнымъ развитіемъ жаберныхъ щелей. Къ сожалѣнію, мнѣ неизвѣстна точная локализація изслѣдованной мною опухоли и

я не могу высказаться относительно того, „фиссуральнаго“ ли она происхожденія, или же нѣтъ. На основаніи же данныхъ микроскопическаго изслѣдованія можно причислить описанную опухоль къ гамартомамъ *Albrecht*'а.

C. Туловище.

СЛУЧАЙ XII.

М. шести лѣтъ, умеръ 12. IX. 1909 г. въ О.С.Г.Б. отъ скарлатины. Вскрытія не было произведено.

На кожѣ *груди* было замѣтно небольшое, величиною съ булавочную головку, пятнышко, которое и было взято для изслѣдованія.

Подъ *микроскопомъ* подъ Мальпигіевымъ слоемъ кожи виденъ небольшой участокъ, состоящій изъ немногочисленныхъ (около 15) полостей, раздѣленныхъ другъ отъ друга соединительнотканными перегородками и наполненныхъ кровью. Больше всего въ полостяхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, среди которыхъ въ однѣхъ полостяхъ мало, въ другихъ много бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны тромбы. Стѣнки полостей выстланы однорядымъ эндотеліемъ. Діаметръ наибольшихъ полостей — 35 μ. Многія большія полости образовались путемъ сліянія сосѣднихъ, меньшихъ, причемъ видны мѣста прорыва перегородокъ. Сосудистый участокъ ясно выдѣляется среди окружающихъ тканей; отъ Мальпигіеваго слоя онъ отдѣленъ небольшой прослойкой соединительной ткани. Съ одной стороны къ нему также примыкаетъ обособленный узелокъ, состоящій изъ плотныхъ соединительнотканныхъ волоконъ, перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ (fibroma). Съ другихъ сторонъ сосудистый участокъ граничитъ съ подкожной соединительной тканью. Особой капсулы опухоль не имѣетъ. Въ нѣкоторыхъ срѣзахъ полости по периферіи сосудистаго участка граничатъ съ musc. arrector pili. Кое-гдѣ въ подкожной соединительной ткани виденъ круглоклѣточный инфильтратъ.

При окрашиваніи по Weigert'у на эластическую ткань, обнаруживаются въ подкожной соединительной ткани въ большомъ количествѣ толстыя упругія волокна; въ стѣнкахъ сосудистыхъ полостей эластическая ткань отсутствуетъ.

На основаніи изслѣдованія можно сказать, что описанный участокъ является сосудистой опухолью кавернознаго типа. Діагнозъ: haemangioma cavernosum circumscriptum cutis thoracis.

Интересъ даннаго случая заключается въ сравнительной рѣдкости локализаціи гемангіомы въ кожѣ груди и въ нахожденіи рядомъ съ этой опухолью фибромы. Послѣднее

обстоятельство указываетъ на вѣроятность врожденнаго происхожденія обѣихъ опухолей. Ростъ гемангіомы, повидимому, былъ самый незначительный. Кровообращеніе въ кровяныхъ полостяхъ было замедленное, на что указываетъ значительное количество лейкоцитовъ и образованіе тромбовъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ.

СЛУЧАЙ XIII.

Ж. 45 л. Кл. діагн.: Carcinoma uteri (casus inoperabilis). Metastases carcinomatosae peritonei. Myodegeneratio cordis. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 2. III. 1910 г. Пр. вскр. № 90.

Пат.-анат. діагн.: Cancer uteri, vaginae et vesicae urinariae. Cancer miliaris metastaticus pulmonis. Hyperaemia et oedema pulmonum. Hepar moschatum. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Peritonitis fibrinoso-purulenta. Marasmus.

При изслѣдованіи трупа, найдено 5 пятенъ синевато-чернаго и чернаго цвѣта въ области кожи живота и правой ягодицы, кромѣ того въ области кожи правой грудной железы помѣщался одинъ узелокъ сине-краснаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи пятна оказались пигментными (naevus pigmentosus).

Узелокъ былъ величиною съ просяное зерно, имѣлъ форму тутовой ягоды и при *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказался сосудистой опухолью.

Опухоль состоитъ изъ множества сосудистыхъ полостей, расположенныхъ въ выступѣ кожи. Эпителіальный покровъ кожи мало измѣненъ, только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтны небольшія разрастанія Мальпигіеваго слоя вглубь кожи. Подъ эпителіемъ видна неширокая полоса гіалиновой ткани, переходящая по окружности опухоли въ такую же гіалиново измѣненную соединительную ткань подкожнаго слоя. Собственной капсулы у опухоли не имѣется. Величина полостей самая различная: наряду съ очень маленькими, капиллярнаго характера и расположенными группами, замѣтны всевозможные переходы до сравнительно большихъ полостей, діаметромъ около 0,12—0,15 mm. Форма полостей преимущественно круглая или овальная. Сообщенія между близлежащими полостями встрѣчаются рѣдко (см. *табл. V, рис. 15*). Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ. Лишь въ единичныхъ мелкихъ полостяхъ замѣтны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однимъ рядомъ плоскаго эндотелія. Стѣнки мелкихъ полостей очень тонки и состоятъ изъ узенькой полосы волокнистой соединительной ткани. Между большими полостями видны болѣе широкія прослойки изъ гіалиновой соединительной ткани, ничѣмъ не отличающейся отъ ткани, окружающей опухоль.

На нѣкоторыхъ срѣзахъ обнаруживается въ подкожной соединительной ткани сосудъ, соединяющійся съ полостями опухоли. Діаметръ этого сосуда 45 μ. Стѣнка его состоитъ изъ одного ряда эндотеліальныхъ клѣтокъ.

Въ базальномъ слоѣ кожнаго эпителія какъ въ области опухоли, такъ и вдали отъ нея, видны кучки темнаго аморфнаго пигмента кожи, похожаго на пигментъ, найденный въ пяти naevus pigmentosus.

Итакъ, у женщины 45 лѣтъ, умершей при явленіяхъ маразма, найдено пять, повидимому врожденныхъ, пигментныхъ пятенъ въ различныхъ мѣстахъ кожи и одна ограниченная сосудистая опухоль въ области кожи правой грудной железы (haemangioma cavernosum circumscriptum reg. cutis mammae dextrae).

Интересъ описаннаго случая заключается въ нахожденіи переходныхъ формъ сосудистыхъ образованій между капиллярами и кавернозными полостями, а также въ одновременномъ нахожденіи пигментныхъ пятенъ и сосудистой опухоли. Отмѣчу также, что большія полости, помимо эндотелія, не имѣли собственной стѣнки.

СЛУЧАЙ XIV.

М. 65 л. Кл. діагн.: Tuberculosis pulmonum. Bronchitis chronica. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 23. III. 1910 г.

Пат.-анат. діагн.: Phtisis pulmonum. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum. Pneumonia hypostatica. Pleuritis acuta lobi inferioris pulmonis dextri. Pleuritis chronica adhaesiva fibrosa lobi superioris pulmonis dextri et sin. Endocarditis acuta valv. aortae. Endocarditis chronica valv. bicuspidalis. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Pericarditis adhaesiva subacuta. Nephritis chronica. Hyperplasia lienis acuta.

При осмотрѣ трупа, на кожѣ груди, около 1 cm. ниже лѣваго соска, найденъ круглый узелокъ, діаметромъ около 4 mm., синевато-краснаго цвѣта, возвышавшійся надъ остальнымъ уровнемъ кожи.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи найденъ выступающій надъ общимъ уровнемъ кожи небольшой плоскій бугоръ, въ которомъ виденъ нѣсколько истонченный и уплощенный эпителіальный слой, затѣмъ фиброзная соединительная ткань, въ которой много близко другъ къ другу расположенныхъ и наполненныхъ кровью полостей. Полости представляются самой разнообразной величины; нѣкоторыя въ діаметрѣ достигаютъ величины 0,45 mm. Въ периферическихъ частяхъ опухоли видны маленькія полости, ничѣмъ не отличающіяся отъ нормальныхъ, нѣсколько растянутыхъ капилляровъ. Кромѣ того видны переходныя формы сосудистыхъ образованій, начиная съ полостей

капиллярнаго вида и кончая большими кавернозными полостями. Форма полостей круглая или овальная. Содержимое состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ немногихъ небольшихъ полостяхъ видны скопленія лейкоцитовъ и смѣшанные тромбы. Сообщенія между близлежащими полостями встрѣчаются крайне рѣдко. Всѣ полости выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Ткань между полостями состоитъ изъ фиброзной соединительной ткани, переходящей въ такую же ткань основы кожи. По окружности мелкихъ полостей межуточная ткань нѣсколько болѣе богата клѣтками. Между большими полостями межуточная соединительная ткань расположена въ видѣ перегородокъ. Такимъ образомъ собственно стѣнкой полостей является лишь одна эндотеліальная ихъ выстилка. Спеціальной капсулы по окружности опухоли не имѣется.

При окрашиваніи по Weigert'y на эластическую ткань, въ предѣлахъ расположенія полостей открывается въ межуточной ткани гораздо меньшее количество и значительно менѣе толстыя эластическія волокна, чѣмъ въ окружающей опухоль соединительнотканной основѣ кожи. Въ нѣкоторыхъ перегородкахъ между полостями встрѣчаются лишь тоненькія эластическія волокна, въ другихъ эластической ткани совсѣмъ не видно.

Итакъ, у мужчины 65 л., умершаго отъ туберкулеза легкихъ, въ кожѣ въ области правой грудной железы найдена ограниченная кавернозная гемангіома (haemangioma cavernosum circumscriptum cutis pectoris).

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ локализаціи гемангіомы и въ нахожденіи переходныхъ формъ между полостями капиллярнаго типа и большими. Полости, помимо эндотелія, не имѣли собственной стѣнки. Межуточная ткань ничѣмъ не отличалась отъ соединительнотканной основы кожи, за исключеніемъ значительнаго уменьшенія въ первой количества эластической ткани.

СЛУЧАЙ XV.

М. 52 л. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытія не было произведено.

При изслѣдованіи трупа, въ области кожи груди была найдена опухоль краснаго цвѣта, выступавшая надъ уровнемъ кожи. На разрѣзѣ оказалось, что опухоль имѣла неровные края и находилась какъ въ кожѣ, такъ и въ подкожной клѣтчаткѣ. Высота опухоли была около 9 mm., ширина около 6 mm. Опухоль состояла изъ ряда круглыхъ полостей, наполненныхъ кровью. Кромѣ того на кожѣ туловища находились двѣ бородавки, оказавшіяся, при микроскопическомъ ихъ изслѣдованіи, пигментными пятнами (naevus pigmentosus s. melanoticus).

Для *микроскопическаго* изслѣдованія опухоль кожи груди была разрѣзана перпендикулярно къ кожѣ на нѣсколько частей.

Опухоль состоитъ изъ ряда (7—8) очень большихъ, круглыхъ полостей, достигающихъ 2 mm. въ діаметрѣ, и изъ находящихся около нихъ одиночныхъ мелкихъ полостей, діаметромъ около 0.18—0.27 mm. Сообщеній между полостями не видно. Содержимое немногочисленныхъ мелкихъ полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною лишь примѣсью бѣлыхъ. Содержимое большихъ полостей составляютъ смѣшанные тромбы, находящіеся въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Всѣ полости выстланы однорядныиъ плоскимъ эндотеліемъ, сидящимъ на тонкой, циркулярно идущей полосѣ волокнистой соединительной ткани. Между полостями видны то узкія, то широкія прослойки соединительнотканной основы кожи. Въ этихъ прослойкахъ встрѣчаются: жировыя клѣтки, кровеносные сосуды, одиночные пучки гладкихъ мышцъ (musc. arrectores pilorum), корни волосъ, сальныя железы и ихъ протоки. Кромѣ полостей видны довольно многочисленные сосуды артеріальнаго типа, которые мѣстами даже выпячиваются въ просвѣтъ полостей.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани, находящейся въ предѣлахъ опухоли, видно довольно значительное число тонкихъ эластическихъ волоконъ.

Нѣкоторыя полости очень близко подходятъ къ эпителіальному слою кожи и даже истончаютъ и выпячиваютъ его. На глубинѣ опухоли нѣкоторыя полости проникаютъ и въ подкожный слой. Собственной капсулы у опухоли нѣтъ, наоборотъ, имѣется диффузное расположеніе полостей.

Въ кожѣ имѣется много волосъ и сальныхъ железъ; нѣкоторые выводные протоки послѣднихъ очень растянуты. Въ нѣкоторыхъ артеріальныхъ сосудахъ кожи отмѣчаются явленія эндартеріита. Мѣстами въ ближайшей къ опухоли области кожи видны некротическіе участки неизвѣстнаго происхожденія подъ Мальпигіевымъ слоемъ эпителія.

Изъ приведенныхъ данныхъ оказывается, что у мужчины 52 лѣтъ была найдена въ кожѣ груди опухоль, микроскопически представляющая картину диффузной кавернозной гемангіомы.

Интересъ этого случая заключается въ необычной локализаціи опухоли, въ ея строеніи и въ одновременномъ нахожденіи на кожѣ туловища пигментныхъ пятенъ и сосудистой опухоли. Несомнѣнно, что имѣется обратное развитіе послѣдней, на что указываетъ нахожденіе организующихся тромбовъ во всѣхъ большихъ полостяхъ и полное отсутствіе явленій роста опухоли.

Строеніе стѣнокъ полостей не позволяетъ окончательно рѣшить вопросъ, развились ли полости опухоли изъ капил-

ляровъ или изъ мелкихъ кожныхъ венъ. Отсутствіе мышечныхъ элементовъ въ стѣнкахъ полостей говоритъ въ пользу перваго предположенія, между тѣмъ какъ большая величина полостей скорѣе за второе.

Изслѣдованный случай съ одинаковымъ основаніемъ можетъ быть названъ остановившейся въ ростѣ диффузной кавернозной гемангіомой (haemangioma cavernosum diffusum) и кавернознымъ расширеніемъ подкожныхъ венъ (phlebectasia cavernosa), являющимся, по терминологіи *Thorel*'я [1]), конечной формой участковаго расширенія мельчайшихъ венъ) (phlebectasia angiomatosa).

СЛУЧАЙ XVI.

Ж. 70 л. Кл. діагн.: Gastroenteritis acuta. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 18.V.1910 г. Пр. вскр. № 159.

Пат.-анат. діагн.: Enteritis acutissima.

При изслѣдованіи испражненій на одесской бактеріологической станціи, обнаружены вибріоны азіатской холеры.

При изслѣдованіи трупа, найдены многочисленныя красныя пятна кожи живота и груди, слегка выдающіяся надъ остальнымъ уровнемъ кожи. Для микроскопическаго изслѣдованія вырѣзано пять такихъ пятенъ.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи этихъ пятенъ, онѣ оказались небольшими опухолями кожи, состоящими изъ большого количества расширенныхъ мелкихъ сосудовъ и изъ сосудистыхъ полостей. Въ виду того, что строеніе всѣхъ пяти опухолей въ общемъ оказалось одинаковымъ, я не буду приводить результатовъ изслѣдованія каждой опухоли въ отдѣльности.

Во всѣхъ пяти случаяхъ сосудистыя опухоли помѣщаются непосредственно подъ эпителіальнымъ слоемъ кожи и производятъ его выпячиваніе надъ остальною поверхностью кожи. Онѣ всѣ отдѣлялись отъ эпителія кожи узенькой полоской фиброзной соединительной ткани. Размѣры опухолей на срѣзахъ слѣдующіе: 1 mm. × 0,7 mm.; 1 mm. × 0,3 mm.; 1,4 mm. × 0,3 mm.; 2 mm. × 0,45 mm. и 2,7 mm. × 5 mm. Ширина опухолей всегда больше высоты ихъ. Одна изъ опухолей имѣетъ грибовидную форму, всѣ остальныя продолговатую и расположены наибольшимъ діаметромъ параллельно поверхности кожи. Граница между опухолями и окружающими тканями хорошо замѣтна, но особой капсулы не имѣется.

Всѣ опухоли состоятъ преимущественно изъ небольшихъ сосу-

[1]) *Thorel*. Pathologie der Kreislauforgane. L.O.E. 1907. XI/2. p. 512.

дистыхъ полостей. Имѣются всевозможные переходы, начиная отъ типичныхъ кровеносныхъ капилляровъ и кончая довольно большими полостями, достигающими до 0,27 mm. въ наибольшемъ діаметрѣ. Такія большія полости встрѣчаются лишь въ двухъ опухоляхъ, въ остальныхъ же трехъ онѣ значительно меньшей величины. Форма полостей рѣдко круглая, обычно онѣ имѣютъ продолговатую форму; часто стѣнки извилисты и поэтому полости представляются неправильной формы. Содержимое полостей составляетъ кровь: въ однѣхъ опухоляхъ среди красныхъ кровяныхъ шариковъ видно лишь незначительное количество бѣлыхъ, въ другихъ замѣтно значительное количество послѣднихъ. Всѣ полости выстланы сочнымъ однорядным плоскимъ эндотеліемъ. Этотъ слой въ большинствѣ полостей непосредственно прилежитъ къ бѣдной ядрами фиброзной межуточной ткани, находящейся между полостями. Въ однѣхъ опухоляхъ эта межуточная ткань представляется въ видѣ довольно широкихъ полосъ, въ другихъ—въ видѣ тонкихъ тяжей. По всей окружности нѣкоторыхъ мелкихъ полостей иногда видна тоненькая полоса соединительной ткани, богатой ядрами, на которой лежитъ эндотеліальный слой. По строенію и по окраскѣ фиброзная межуточная ткань опухоли идентична съ соединительнотканнымъ слоемъ кожи.

При окрашиваніи на эластическую ткань различными способами, видно, что внутри сосудистыхъ опухолей эластическихъ волоконъ вообще гораздо меньше, чѣмъ въ окружающей опухоли соединительной ткани кожи.

Эпителіальный слой кожи надъ опухолями истонченъ, сосочки сглажены. По окружности опухолей имѣется фиброзная соединительная ткань. Кое-гдѣ (около полостей) по периферіи опухолей видны трубки потовыхъ железъ.

Итакъ, у женщины 70 лѣтъ, умершей отъ холеры, найдены при изслѣдованіи кожи многочисленныя сосудистыя опухоли кожи груди и живота. Эти опухоли были ясно ограничены и состояли изъ сосудистыхъ образованій, представлявшихъ собой различныя переходныя формы между небольшими расширеніями капилляровъ и кавернозными полостями. Признаковъ прогрессивнаго роста не найдено.

Наличность необычно большого количества мелкихъ сосудовъ и сосудистыхъ полостей на ограниченномъ мѣстѣ даетъ намъ право причислить изслѣдованныя образованія къ сосудистымъ опухолямъ, къ гемангіомамъ.

Что касается мѣста этихъ образованій въ онкологической системѣ, то здѣсь, также какъ и въ предыдущемъ случаѣ (XV), нѣтъ возможности окончательно высказаться, являются ли описанныя образованія новообразованіями, или гамартомами, или же пассивными эктазіями капилляровъ

на почвѣ старческаго уплотнѣнія подкожной соединительной ткани. Отсутствіе активнаго роста говоритъ, по *Borst*'у, въ пользу исключенія этихъ образованій изъ класса настоящихъ новообразованій (бластомъ). Съ другой стороны, выпячиваніе кожи въ области ихъ расположенія говоритъ противъ того предположенія, что они являются только эктазіями предсуществовавшихъ капиллярныхъ сосудовъ. Кромѣ того, осталось бы непонятнымъ, почему такая эктазія была найдена только въ опредѣленныхъ, ограниченныхъ и далеко другъ отъ друга расположенныхъ участкахъ кожи. На основаніи сказаннаго я думаю, что описанныя небольшія кожныя сосудистыя опухоли представляютъ собою скорѣе всего результатъ какихъ либо неправильностей при развитіи сосудовъ кожи и должны быть причислены къ гамартомамъ.

Интересъ описаннаго случая заключается въ множественности кожныхъ кавернозныхъ гемангіомъ, представлявшихъ въ общемъ однообразное строеніе. Отмѣчу также наличность переходныхъ формъ между расширенными капиллярами и кавернозными полостями.

СЛУЧАЙ XVII.

Ж. 66 л. Кл. діагн.: Hernia cruralis incarcerata dextra. Peritonitis perforativa (?). Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 29. XII. 1909 г. Пр. вскр. № 454.

Пат.-анат. діагн.: Gangraena circumscripta intestini tenuis. Peritonitis perforativa stercoralis purulenta.

На кожѣ груди, живота и спины большое количество небольшихъ, величиною съ просяное зерно, темно-красныхъ узелковъ.

Изъ кожи живота, боковыхъ частей туловища и правой грудной железы вырѣзано для *микроскопическаго* изслѣдованія 13 узелковъ краснаго цвѣта.

Одинъ узелокъ оказался пигментнымъ пятномъ (naevus pigmentosus), остальные 12—сосудистыми опухолями. Изъ одного изъ этихъ двѣнадцати узловъ приготовлена серія срѣзовъ.

Въ виду того, что всѣ двѣнадцать сосудистыхъ опухолей въ общемъ оказались одинаковаго строенія, я не буду приводить результаты изслѣдованія каждой опухоли въ отдѣльности, а ограничусь общимъ ихъ описаніемъ.

Всѣ опухоли лежатъ непосредственно подъ Мальпигіевымъ слоемъ и отдѣлены отъ него лишь небольшой полосой волокнистой соединительной ткани. Величина ихъ незначительная: 1,5—2 mm. шириною и

0,7 mm. высотою въ наибольшихъ размѣрахъ. Форма ихъ на срѣзахъ продолговатая, расположены онѣ наибольшимъ размѣромъ параллельно поверхности кожи, образуя собою небольшой выступъ въ послѣдней. Граница между опухолями и окружающими тканями рѣзко замѣтна, но особой капсулы не имѣется. Только на нѣкоторыхъ срѣзахъ замѣтны отдѣльныя полости, выпячивающіяся въ окружающую ткань. Размѣры полостей, изъ которыхъ состоятъ опухоли, самыя различныя. Имѣются всевозможные переходы, начиная отъ самыхъ маленькихъ полостей, похожихъ на капилляры, и кончая большими полостями, достигающими около 0,5 mm. въ діаметрѣ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ замѣтны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однорядным плоскимъ эндотеліемъ. Эндотелій примыкаетъ къ волокнистой соединительной ткани, ничѣмъ не отличающейся отъ подкожной. Только по окружности маленькихъ полостей эта соединительная ткань болѣе богата ядрами. Во многихъ мѣстахъ волокнистая соединительная ткань представляется въ видѣ перегородокъ между полостями.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'y и по Dürck-Weigert'y, въ соединительной ткани кожи открывается большое количество преимущественно толстыхъ, короткихъ волоконъ; въ самой же сосудистой опухоли эластическая ткань встрѣчается уже въ менѣе значительномъ количествѣ и въ видѣ тонкихъ, спирально изогнутыхъ волоконецъ. Въ стѣнкахъ маленькихъ полостей эластическая ткань отсутствуетъ.

Эпителіальный слой кожи надъ опухолями истонченъ, сосочки сглажены. По окружности опухолей имѣется фиброзная соединительная ткань. Въ подкожномъ слоѣ особыхъ измѣненій не отмѣчается.

Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ найдены особенности. Такъ, напримѣръ, въ одной изъ нихъ отмѣчались полости, непосредственно примыкающія къ базальному слою кожнаго эпителія. Въ опухоли, разложенной на серію срѣзовъ, обнаруженъ широкій сосудъ артеріальнаго типа, подходящій къ ней снизу и подъ прямымъ угломъ въ нее впадающій. Въ срѣзахъ изъ периферіи той же опухоли видны отдѣльные сосуды капиллярнаго типа, входящіе въ нее, или же, можетъ быть, выходящіе изъ нея; эти сосуды идутъ параллельно поверхности кожи на довольно значительномъ протяженіи. Отмѣчается обрастаніе данной опухолью выводного протока и отдѣльныхъ долекъ потовой железы. Наконецъ, одна изъ полостей все той же опухоли тѣсно примыкаетъ къ пучку гладкихъ мышцъ (musc. arrector pili), который, благодаря этому, какъ бы входитъ въ составъ стѣнки полости.

Изъ изложеннаго видно, что у женщины 66 лѣтъ найдены при вскрытіи одно пигментное пятно и многочисленныя (12) сосудистыя опухоли кожи туловища. Послѣднія были довольно рѣзко ограничены и по своему строенію представляли переходную картину между небольшими рас-

ширеніями капилляровъ и кавернозными полостями. Въ виду преобладанія послѣднихъ, можно описаннымъ опухолямъ дать названіе haemangiomata multiplicia cavernosa circumscripta cutis.

Интересъ описаннаго случая заключается въ множественности кожныхъ гемангіомъ, представлявшихъ въ общемъ однообразное строеніе. Отмѣчу также одновременное существованіе кожнаго пигментнаго пятна и переходныхъ формъ между капиллярами и кавернозными полостями.

СЛУЧАЙ XVIII.

Множественныя опухоли кожи въ области туловища у старика, умершаго въ маѣ 1908 г. въ О.С.Г.Б. Какихъ-либо другихъ свѣдѣній не имѣется.

Двѣ опухоли были сосудистыя. Одна была темно-синяго цвѣта, длиною 1,2 cm., шириною 0,5 cm. и высотою 4 mm., полукруглой, довольно правильной формы. Другая опухоль была величиною съ просяное зерно. Изъ другихъ опухолей были взяты и изслѣдованы двѣ: одна оказалась липомой, другая фибромой, сидящей на ножкѣ.

Первая изъ упомянутыхъ сосудистыхъ опухолей выступала надъ остальнымъ уровнемъ кожи и, хотя и была рѣзко отграничена отъ подкожной ткани, но не имѣла какой-либо опредѣленной капсулы Эта опухоль состоитъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины, начиная отъ самыхъ малыхъ и кончая діаметромъ около 0,6 mm. (см. *табл. V, рис. 16*). На разрѣзахъ видны лишь немногочисленныя сообщенія между полостями. Мѣстами отмѣчается, какъ большія полости образовались путемъ разрыва перегородокъ и сліянія мелкихъ сосѣднихъ полостей. Всѣ полости выстланы однорядным сочнымъ эндотеліемъ и наполнены красными кровяными шариками со значительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Стѣнки большихъ полостей состоятъ изъ бѣдной ядрами, гомогенной и гіалиново измѣненной соединительной ткани; стѣнки малыхъ полостей—изъ болѣе молодой и болѣе богатой ядрами соединительной ткани.

При окрашиваніи на эластическую ткань различными способами, она замѣтна въ большомъ количествѣ въ видѣ толстыхъ и тонкихъ волоконъ въ подкожномъ соединительнотканномъ слоѣ.

Въ стѣнкахъ же полостей видно лишь ничтожное количество отдѣльныхъ тонкихъ и эластическихъ волоконецъ, и при этомъ преимущественно въ периферическихъ частяхъ опухоли.

На основаніи изслѣдованія, данную опухоль нужно причислить къ кавернозному виду гемангіомъ. Діагнозъ: haemangioma cavernosum cutis circumscriptum prominens.

Вторая сосудистая опухоль при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась не рѣзко ограниченной. Она состоитъ изъ кавернозныхъ полостей, наполненныхъ красными кровяными шариками съ незначительной примѣсью бѣлыхъ. Полости выстланы однорядным эндотеліемъ и имѣютъ тонкія, преимущественно гомогенныя и даже гіалиново перерожденныя соединительнотканныя стѣнки. Нѣкоторыя полости сообщаются между собою. Въ периферическихъ отдѣлахъ опухоли имѣются мелкіе кровеносные сосуды и небольшія, наполненныя кровью, полости, стѣнки которыхъ состоятъ изъ болѣе молодой, богатой ядрами соединительной ткани. Кое-гдѣ въ межуточной ткани виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Опухоль отдѣлена отъ базальнаго слоя кожи тонкой соединительнотканной полосой. Въ этомъ мѣстѣ Мальпигіевъ слой рѣзко уплощенъ. Вглубь опухоль граничитъ съ поперечно-полосатыми мышцами. На мѣстѣ соприкосновенія съ кавернозными полостями мышечныя волокна представляются атрофированными и перерожденными (наблюдается потеря исчерченности, гомогенизація и набуханіе волоконъ). Между атрофированными и перерожденными мышечными волокнами замѣтно прорастаніе молодой соединительной ткани.

При окраскѣ на эластическія волокна, послѣднія замѣтны лишь кое-гдѣ въ перегородкахъ опухоли.

Въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ опухоли, среди мышцъ, встрѣчаются широкіе сосуды капиллярнаго типа, наполненные кровью.

На основаніи изложеннаго данную опухоль слѣдуетъ также причислить къ кавернозному виду гемангіомъ. Діагнозъ: haemangioma cavernosum cutis.

Итакъ, у старика были найдены множественныя опухоли кожи туловища. Изслѣдованныя четыре опухоли оказались: одна липомой, другая фибромой на ножкѣ, а остальныя двѣ — кавернозными гемангіомами. Такая комбинація различныхъ по строенію опухолей у одного и того же лица представляетъ значительный интересъ. Вторая сосудистая опухоль сильно давила на окружающія ткани. На это указываетъ какъ уплощеніе Мальпигіеваго слоя надъ опухолью, такъ и измѣненія въ подлежащихъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волокнахъ.

СЛУЧАЙ XIX.

Ж. 67 л. Кл. діаг.: Typhus abdominalis (?). Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 26. VIII. 1909 г. Пр. вскр. № 267.

Пат.-анат. діагн.: Leptomeningitis chron. Hyperplasia lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Typhus recurrens. Typhus abdominalis sanatus. Adipositas universalis.

На кожѣ *спины* было нѣсколько темно-синихъ узелковъ, выступавшихъ надъ общимъ уровнемъ кожи; величина ихъ—около чечевичнаго зерна.

Три такихъ узелка взяты для *микроскопическаго* изслѣдованія. Они всѣ оказались одинаковаго строенія.

Узелки рѣзко ограничены, образуютъ возвышенія на кожѣ, но капсулы не имѣютъ. Базальный слой кожи надъ ними уплощенъ. Они состоятъ изъ полостей, наполненныхъ кровью и выстланныхъ эндотеліемъ. Величина полостей различна. Бо́льшія полости, діаметромъ до 200 μ., заложены среди бѣдной ядрами плотной гіалиновой ткани; меньшія полости, съ діаметромъ въ среднемъ около 50 μ., заложены въ молодой соединительной ткани, богатой хорошо красящимися ядрами; эти полости очень похожи на мелкіе сосудистые просвѣты. Между маленькими и большими полостями замѣтны всевозможные переходы. Обычно мелкія полости локализируются по периферіи опухоли, но въ нѣкоторыхъ срѣзахъ маленькихъ полостей совсѣмъ нѣтъ и вся опухоль состоитъ только изъ большихъ полостей, заложенныхъ среди гіалиновой ткани. Съ другой стороны, въ другихъ срѣзахъ видны преимущественно только мелкія полости среди молодой соединительной ткани и лишь нѣсколько полостей бо́льшаго калибра. Сообщенія между полостями наблюдаются рѣдко; ихъ содержимое состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Подкожный соединительный слой утолщенъ и состоитъ изъ бѣдной ядрами, гіалиново перерожденной соединительной ткани; въ сосѣдствѣ съ опухолью въ этой ткани встрѣчаются отдѣльные, расширенные и наполненные кровью сосуды, повидимому, находящіеся въ связи съ полостями опухоли.

При окраскѣ на эластическую ткань по способу Weigert'а, подкожная соединительная ткань оказывается очень богатой эластическими волокнами; въ тѣхъ же участкахъ, гдѣ расположена опухоль, волоконъ мало и видны лишь немногочисленныя тонкія волоконца и единичныя болѣе толстыя эластическія волокна, безпорядочно заложенныя въ соединительной ткани между полостями.

На основаніи приведеннаго изслѣдованія нужно признать, что описанныя образованія принадлежатъ къ кавернозному типу сосудистыхъ опухолей. Діагнозъ: haemangioma cavernosum prominens multiplex cutis dorsi.

Интересъ приведеннаго случая заключается въ сравнительной рѣдкости локализаціи (кожа спины) и въ множественности пораженія. Одинаковое строеніе изслѣдованныхъ трехъ опухолей указываетъ на однообразную ихъ этіологію. По всей вѣроятности опухоли врожденнаго происхожденія, при чемъ ихъ ростъ былъ очень медленнымъ, но продолжался непрерывно (наличность маленькихъ полостей среди молодой соединительной ткани).

СЛУЧАЙ XX.

Студ. *М. Н. Бутми де Кацманомъ* былъ доставленъ 2. III. 1910 г. въ П.А.И.Н.У. для изслѣдованія кусочекъ опухоли, удаленной 13. II. 1910 г. въ Х.Г.К.Н.У. у двухлѣтней дѣвочки.

По словамъ *М. Н. Бутми де Кацмана*, родители дѣвочки уже при ея рожденіи замѣтили два пятна—одно синеватаго цвѣта на переносьи, ближе къ правому глазу, другое краснаго цвѣта на правой сторонѣ спины. Впослѣдствіи пятна превратились въ опухоли, которыя представлялись мягкой консистенціи и нерѣзко ограниченными. Опухоль на переносьи росла медленно и въ моментъ операціи достигла величины грецкаго орѣха, опухоль же спины, напротивъ, росла быстро и увеличилась вдвое противъ прежняго.

Опухоль на лицѣ была прижжена, а на спинѣ экстирпирована.

Мнѣ не удалось получить для изслѣдованія всю удаленную опухоль, почему ея макроскопическое описаніе не можетъ быть приведено.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи срѣзовъ, сдѣланныхъ изъ залитаго уже въ целлоидинъ кусочка опухоли, виденъ нормальный эпителій кожи, затѣмъ широкій слой гіалиновой соединительной ткани, а подъ нимъ подкожная жировая ткань. Нѣкоторыя жировыя дольки послѣдней цѣликомъ, другія лишь отчасти замѣщены новообразованною тканью, состоящей изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Эти клѣтки расположены частью безъ опредѣленнаго порядка, но чаще располагаются въ видѣ параллельно идущихъ рядовъ (на продольныхъ срѣзахъ), окаймляющихъ просвѣты (лучше замѣтные на поперечныхъ срѣзахъ). Въ отдѣльныхъ просвѣтахъ замѣтны красные кровяные шарики, а кое-гдѣ и мононуклеарные лейкоциты, чѣмъ съ несомнѣнностью устанавливается кровеносно сосудистый характеръ опухоли. Среди новообразованной ткани опухоли встрѣчаются: жировыя клѣтки, расположенныя отдѣльно или группами, артеріи довольно значительнаго калибра, нервныя волокна, тоненькія прослойки волокнистой соединительной ткани, кое-гдѣ круглоклѣточный инфильтратъ и, наконецъ, въ поверхностныхъ участкахъ кожи потовыя железы. Опухоль имѣетъ дольчатое строеніе: отдѣльные ея участки, соотвѣтствующіе жировымъ долькамъ, проросшимъ сосудистымъ новообразованіемъ, отдѣлены другъ отъ друга соединительнотканными прослойками. Кромѣ долекъ, сплошь занятыхъ разрастающимися сосудами капиллярнаго типа, имѣются и такія, въ которыхъ количество жировой ткани остается еще значительнымъ. Наконецъ, видны типичныя жировыя дольки, между клѣтками которыхъ имѣются только начальныя стадіи прорастанія капиллярныхъ сосудовъ, состоящихъ изъ такихъ же эндотеліальныхъ клѣтокъ, какъ въ узлахъ, сплошь занятыхъ новообразованіемъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ долькахъ опухоли обнаруживается полное ея отсутствіе; эластическія волокна открываются только въ соединительнотканныхъ перегородкахъ

между дольками, въ подкожной соединительной ткани и въ стѣнкахъ большихъ кровеносныхъ сосудовъ.

Итакъ, у двухлѣтней дѣвочки была удалена быстро растущая опухоль кожи спины, впервые замѣченная при рожденіи дѣвочки въ видѣ маленькаго краснаго пятна. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило сосудистую опухоль, состоящую изъ капиллярнаго типа сосудовъ, прорастающихъ жировыя дольки подкожной ткани спины. Діагнозъ: haemangioma capillare subcutaneum dorsi.

Интересъ даннаго случая заключается: въ сравнительно рѣдкой локализаціи сосудистой опухоли, въ ея узловатомъ строеніи, въ ея быстромъ и инфильтративномъ ростѣ, въ наличности участковъ безпорядочно размножающагося эндотелія и въ однообразіи строенія опухоли, состоящей изъ молодыхъ капиллярныхъ сосудовъ. Отмѣчу также врожденное происхожденіе опухоли и наличность у той же паціентки и другой, повидимому, также сосудистой опухоли на переносьи. Къ сожалѣнію, микроскопическое изслѣдованіе послѣдней опухоли не было произведено.

D. Конечности.

СЛУЧАЙ XXI.

М. двухъ лѣтъ. Кл. діагн.: Morbilli. Spina ventosa. Tabes mesaraica. Bronchitis. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 14. IX. 1909 г. Пр. вскр. № 285.

Пат.-анат. діагн.: Colitis diphterica subacuta. Tuberculosis glandularum lymphaticarum mesenterialium, inguinalium, axillarium et peribronchialium. Spina ventosa digiti II manus sin. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Ulcera tuberculosa intestini ilei. Tabes mesaraica. Cirrhosis lobi superioris pulmonis dextri. Bronchiectases. Bronchitis purulenta. Hyperplasia folliculorum lienis. Marasmus.

На кожѣ передней поверхности лѣваго предплечья имѣлось пятнышко темно-краснаго цвѣта, величиною съ десяти-копѣечную монету. Пятно было вырѣзано для изслѣдованія вмѣстѣ съ подлежащими мышцами.

Подъ *микроскопомъ* виденъ тонкій слой эпителія, подъ нимъ болѣе широкій слой фиброзной соединительной ткани, а еще глубже сосудистая опухоль, раздѣленная тяжами плотной, кое-гдѣ гіалиновой соединительной ткани, на дольки различной величины. Дольки состав-

лены изъ различныхъ элементовъ: въ однихъ срѣзахъ ясно видны сосуды преимущественно капиллярнаго типа, а также сосуды артеріальнаго типа, кое-гдѣ расширяющіеся въ видѣ небольшихъ полостей кавернознаго типа; въ другихъ срѣзахъ дольки почти сплошь состоятъ изъ сочныхъ, повидимому, эндотеліальныхъ клѣтокъ. Только при внимательномъ разсматриваніи удается установить, что эти клѣтки образуютъ стѣнки многократно извивающихся, а потому трудно различимыхъ капиллярныхъ трубочекъ. Первые срѣзы соотвѣтствовали центральному отдѣлу опухоли, вторые были взяты изъ периферіи. Между сосудами капиллярнаго и артеріальнаго типа видны переходныя формы. Въ долькахъ имѣются также сосуды большого калибра артеріальнаго типа съ утолщенной интимой, очень толстой адвентиціей и съ незначительнымъ развитіемъ соединительной ткани въ мышечномъ слоѣ; кромѣ того открываются нервные стволы, жировыя клѣтки, потовыя и сальныя железы. Среди тканевыхъ элементовъ опухоли видно довольно значительное количество желтаго пигмента, повидимому, кровероднаго происхожденія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ число потовыхъ и сальныхъ железъ весьма значительно. Поперечно-полосатыя мышцы отдѣлены отъ сосудистыхъ долекъ слоемъ соединительной ткани. Онѣ сильно измѣнены: волокна рѣзко атрофированы, ядра сарколеммы значительно размножились, неправильной формы и интенсивно красятся ядерными красками; кромѣ того среди мышечныхъ волоконъ замѣтно увеличеніе числа капиллярныхъ сосудовъ.

При окраскѣ на эластическую ткань, таковая въ сосудистыхъ долькахъ не обнаруживается.

На основаніи вышеприведенныхъ результатовъ изслѣдованія нужно признать, что у двухлѣтняго мальчика была сосудистая опухоль, расположенная въ видѣ долекъ среди элементовъ кожи, повидимому, врожденная и быстро растущая, на что указываютъ рѣзкія измѣненія въ подлежащемъ поперечно-полосатомъ мышечномъ слоѣ. Въ новообразованіи принимали участіе сосуды какъ капиллярнаго, такъ и артеріальнаго типа, а также переходныя между ними формы. Діагнозъ: haemangioma partim capillare, partim arteriale circumscriptum regionis cutis antibrachii sin.

Интересъ приведеннаго случая заключается въ сравнительно рѣдкой локализаціи сосудистой опухоли въ кожѣ верхней конечности и въ установленіи того факта, что срѣзы изъ различныхъ мѣстъ одной и той же опухоли могутъ представлять совершенно различную картину: въ однихъ срѣзахъ дольки состояли лишь изъ капилляровъ, съ трудомъ различимыхъ, въ другихъ на соотвѣтствующихъ мѣстахъ были видны сравнительно широкіе сосуды артеріаль-

наго типа, расположенные другъ около друга въ видѣ кавернозныхъ полостей.

—

СЛУЧАЙ XXII.

М. 69 л. Вскрытіе (П.А.К.О.Н.Г.Б.) 1. III. 1912.

Пат.-анат. діагн.: Nephritis interstitialis chronica. Meningitis chronica. Emphysema pulmonum. Tuberculosis obsoleta apicum. Cyanosis hepatis. Tumor lienis chronicus. Haemangioma subcutaneum antibrachii dextri.

Д-ромъ *М. А. Мисиковымъ* мнѣ любезно было предоставлено два кусочка изъ подкожной сосудистой опухоли праваго предплечья, за что приношу ему свою благодарность.

При макроскопическомъ изслѣдованіи одного изъ кусочковъ видна въ подкожномъ слоѣ опухоль овальной формы, ячеистаго строенія, шириною около 14 mm., высотою около 4 mm. При изслѣдованіи второго кусочка, въ подкожномъ слоѣ видны двѣ маленькія опухоли также ячеистаго строенія. Одна изъ нихъ овальной формы, размѣрами 2 mm. $\times$ 5 mm., другая круглой, діаметромъ ок. 3 mm. Очевидно, первый кусочекъ былъ срѣзанъ изъ области наибольшаго распространенія опухоли, а второй изъ периферической части той же опухоли, гдѣ въ разрѣзъ попали отдѣльные выступы одной и той же опухоли, представляющіеся въ видѣ двухъ какъ бы самостоятельныхъ опухолевыхъ участковъ.

Микроскопическое строеніе опухоли въ обоихъ кусочкахъ оказалось одинаковымъ.

Вся опухоль расположена въ подкожномъ слоѣ, на разстояніи около 1,3 mm. отъ поверхности кожи. Она ясно ограничена, хотя отдѣльной капсулой не обладаетъ. Опухоль состоитъ изъ множества сосудистыхъ полостей самой различной величины и формы. Большинство полостей большого калибра, двѣ наибольшія достигаютъ въ разрѣзѣ слѣдующихъ размѣровъ: 2,1 mm. $\times$ 2 mm. и 2,3 mm. $\times$ 1,3 mm. Наряду съ такими большими полостями видны маленькія, діаметромъ около 90 μ., а также всевозможныя переходныя, начиная отъ маленькихъ и кончая самыми большими полостями. Чаще всего маленькія полости или таковыя средней величины располагаются въ видѣ какъ бы отдѣльныхъ группъ. Форма полостей различная, чаще всего встрѣчаются круглыя или овальныя. Между полостями бóльшаго калибра очень часто встрѣчаются сообщенія, благодаря атрофіи и разрывамъ перегородокъ. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и очень незначительнаго количества бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ, однако, число послѣднихъ очень велико, а въ нѣкоторыхъ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однимъ рядомъ плоскаго эндотелія. Кромѣ послѣдняго не удается обнаружить собственной стѣнки для каждой полости. Между сосѣдними полостями видны тонкіе тяжи волокнистой соединительной ткани. Будучи выстланы со стороны просвѣта каждой полости эндотеліемъ, эти тяжи явля-

ются перегородками между сосѣдними полостями и принадлежать одинаково обѣимъ сосѣднимъ полостямъ. Лишь по краямъ опухоли, на границѣ съ подкожною тканью, эти тоненькіе тяжи изъ соединительной ткани, поддерживающіе эндотелій, являются вмѣстѣ съ послѣднимъ какъ бы стѣнками полостей. Очень многія перегородки представляются тонкими, достигающими въ діаметрѣ не болѣе 16 μ. Въ нѣкоторыхъ, болѣе широкихъ, перегородкахъ замѣтны небольшіе капиллярнаго типа сосуды, въ окружности которыхъ иногда отмѣчается круглоклѣточный инфильтратъ. Такой же инфильтратъ виденъ и кругомъ нѣкоторыхъ капилляровъ вблизи опухоли. Подкожная клѣтчатка, окружающая опухоль, особыхъ измѣненій не представляетъ. Лишь въ жировыхъ долькахъ вблизи опухоли замѣтно увеличенное количество кровеносныхъ сосудовъ какъ капиллярнаго типа, такъ и переходнаго къ мелкимъ артеріямъ. Установить связь между этими мелкими сосудами и образованіемъ кавернозныхъ полостей не удалось. Въ одномъ мѣстѣ къ опухоли подходитъ довольно крупная артерія. Наконецъ, въ другихъ мѣстахъ по окружности опухоли въ нѣкоторыхъ мелкихъ артеріяхъ ясно замѣтно утолщеніе интимы. Въ базальномъ слоѣ эпидермиса открывается въ довольно значительномъ количествѣ пигментъ (меланинъ).

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ полостей ея почти не видно и лишь кое-гдѣ замѣтны тоненькія эластическія волокна. Исключеніе составляетъ одинъ участокъ въ центрѣ опухоли, гдѣ кругомъ одной, сравнительно не большой полости видна полоса эластической ткани, окаймляющая просвѣтъ полости на подобіе membr. elastica int. Около этой полости расположено нѣсколько бо́льшихъ полостей, въ составъ стѣнокъ которыхъ также входятъ хорошо замѣтныя эластическія волокна, но не по всей периферіи просвѣта.

Мышечная ткань въ стѣнкѣ этихъ полостей не открывается. На основаніи микроскопической картины этого участка наиболѣе вѣроятнымъ является предположеніе, что центральная полость, окруженная эластическимъ ободкомъ, представляетъ собою измѣненную артерію, приносящую въ опухоль кровь. Остальныя же полости, окружающія эту центральную полость, по всей вѣроятности, являются развѣтвленіями этой измѣненной артеріи, расположенными между послѣдней и полостями опухоли.

Итакъ, при вскрытіи у старика 69 лѣтъ найдена ограниченная сосудистая опухоль въ подкожной жировой ткани предплечья (haemangioma cavernosum circumscriptum subcutis regionis antibrachii dextri).

Интересъ приведеннаго случая заключается въ необычной локализаціи опухоли и въ ея строеніи. Послѣднее чрезвычайно напоминаетъ строеніе кавернозныхъ гемангіомъ печени. Строеніе стѣнокъ полостей не позволяетъ окончатель-

но рѣшить вопросъ, развились ли полости изъ капилляровъ или изъ подкожныхъ венъ. Противъ перваго предположенія говоритъ главнымъ образомъ значительная величина нѣкоторыхъ полостей. Между тѣмъ отсутствіе мышцъ въ стѣнкахъ даже очень мелкихъ полостей скорѣе указываетъ на то, что образованіе полостей произошло изъ неправильно заложенныхъ капилляровъ въ опредѣленномъ мѣстѣ подкожной жировой ткани предплечья.

СЛУЧАЙ XXIII.

М. 21 г. 29. XI. 1908 г. поступилъ въ Г.Х.К.Н.У. и находился въ ней подъ моимъ наблюденіемъ (въ то время я состоялъ и. д. ассистента клиники) до выписки 31. XII. 1908 г. Исторія болѣзни № 351.

Больной явился съ просьбой избавить его отъ опухоли тыльной стороны IV пальца правой руки. Опухоль мѣшаетъ ему при работѣ (больной по профессіи ткачъ) и болѣзненна въ холодное время года. По словамъ паціента, родные замѣтили у него съ рожденія плотную, бѣлаго цвѣта опухоль, величиною съ фасоль, на внутренней сторонѣ тыльной поверхности первой фаланги IV пальца правой руки. Опухоль увеличивалась лишь медленно и четыре года тому назадъ достигла половины настоящей величины. Въ виду сильнѣйшей болѣзненности во время холодовъ, больной тогда же, какъ онъ разсказывалъ самъ, сильно укусилъ опухоль по наружному краю фаланги. Кровотеченіе было незначительное, но постепенно послѣ укуса палецъ, бывшій совершенно прямымъ и легко подвижнымъ, согнулся, при чемъ вторая и третья фаланги фиксировались въ состояніи сгибанія, а первая въ компенсаторномъ разгибаніи. Года два тому назадъ ростъ опухоли остановился. Изъ за наличности опухоли и неправильнаго положенія IV пальца паціентъ былъ освобожденъ отъ отбыванія воинской повинности.

При поступленіи больного въ клинику, была констатирована въ области тыльной поверхности первой фаланги IV пальца правой руки плотная опухоль, возвышавшаяся ок. 1,5 cm. надъ уровнемъ пальца. Кожа, видимо, растянута, сине-чернаго цвѣта; отдѣльные волосы замѣтны рѣзче обыкновеннаго и находятся на необычно большомъ разстояніи другъ отъ друга. Опухоль имѣетъ полукруглую форму и выступаетъ больше съ внутренней стороны пальца. При ощупываніи она твердой консистенціи; при надавливаніи—болѣзненна. Кожу надъ ней не удается взять въ складку. Вся опухоль вмѣстѣ съ кожей легко подвижна во всѣ стороны; связи съ костью нѣтъ. Движенія въ пястно-фаланговомъ сочлененіи IV пальца свободны; въ первомъ и второмъ межфаланговыхъ суставахъ того же пальца—сгибательная

контрактура, при чемъ сухожилія сгибателей, повидимому, нѣсколько укорочены. При опусканіи конечности и послѣ дѣйствія тепла, опухоль замѣтно синѣетъ.

Со стороны внутреннихъ органовъ особенныхъ уклоненій не найдено.

2. XII. 1908 г. опухоль была удалена, при чемъ послѣ операціи остался небольшой дефектъ кожи, который въ дальнѣйшемъ медленно покрывался эпителіемъ. Температура въ послѣоперaціонномъ періодѣ оставалась нормальной и 31. XII. 1908 г. больной былъ выписанъ съ почти зажившимъ дефектомъ кожи. Кл. діагн.: fibroma digiti IV manus dextrae.

Размѣры удаленной и фиксированной опухоли слѣдующіе: длина—4,5 cm., ширина—3,8 cm., высота—1,3 cm. На разрѣзѣ опухоль при изслѣдованіи простымъ глазомъ казалась состоящей изъ двухъ элементовъ, изъ большого количества фиброзной соединительной ткани и изъ узловъ, состоящихъ изъ наполненныхъ кровью широкихъ полостей.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія взяты были кусочки изъ различныхъ мѣстъ опухоли.

Подъ микроскопомъ виденъ Мальпигіевъ слой кожи, покрытый широкимъ ороговѣвшимъ слоемъ (hyperkeratosis). Ниже его переплетающіеся пучки бѣдной ядрами, плотной, гіалиновой соединительной ткани. Среди пучковъ ея видны въ большомъ количествѣ потовыя железы и выводные протоки ихъ, гнѣзда круглоклѣточнаго инфильтрата и тяжи грануляціонной ткани. Кое-гдѣ встрѣчаются жировыя дольки, между клѣтками которыхъ также замѣтно разрастаніе грануляціонной ткани. По направленію къ центрально расположенной части опухоли попадаются сперва отдѣльныя, а затѣмъ группами расположенныя полости, наполненныя кровью, различной величины и самой разнообразной формы. Полости, расположенныя группами, раздѣлены другъ отъ друга соединительнотканными перегородками; полости, расположенныя отдѣльно, кромѣ эндотеліальной выстилки, собственной стѣнки не имѣютъ. Въ перегородкахъ, раздѣляющихъ полости, и въ основной соединительной ткани около полостей и вдали отъ нихъ видна значительная примѣсь пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Полости выстланы однорядным эндотеліемъ, непосредственно прилегающимъ къ основной фиброзной соединительной ткани, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ къ пучкамъ гладкихъ мышцъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ вся стѣнка образована волокнами гладкихъ мышцъ, въ другихъ— лишь часть стѣнки. Благодаря наличности гладкихъ мышцъ по окружности полостей, онѣ похожи на измѣненные венозные сосуды и по близости ихъ больше всего расположено гладко-мышечныхъ пучковъ. Полости сообщаются между собою, наполнены красными кровяными шариками съ очень незначительной примѣсью бѣлыхъ; кое-гдѣ видна отстоявшаяся плазма, а въ нѣкоторыхъ полостяхъ—бѣлые тромбы. Перегородки между многими полостями очень истончены, а въ нѣкоторыхъ разорваны, такъ что сосѣднія полости сливаются въ одну, боль-

шую. Въ отдѣльныхъ препаратахъ получается впечатлѣніе, что полости раздвигаются другъ отъ друга обрастающей ихъ соединительной тканью. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно слизистое перерожденіе соединительной ткани, въ другихъ—кучки аморфнаго пигмента (гемосидерина). Во многихъ артеріальныхъ сосудахъ расположенныхъ среди плотной соединительной ткани,—эндартеріитъ. Кое-гдѣ попадаются нервные пучки.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, она обнаруживается въ видѣ волоконъ среди соединительной ткани, но въ небольшомъ количествѣ. По окружности полостей эластической ткани нѣтъ.

На основаніи вышеприведенныхъ микроскопическихъ данныхъ, можно придти къ заключенію, что изслѣдованная опухоль принадлежитъ къ числу сложно построенныхъ врожденныхъ опухолей и состоитъ изъ неправильно заложенныхъ сосудистыхъ и гладко-мышечныхъ зачатковъ. Сперва она была расположена подкожно и лишь растягивала лежавшую надъ ней кожу, чѣмъ и можно объяснить первоначальный ея бѣлый цвѣтъ. Подъ вліяніемъ травмы (укуса) наступило воспалительное состояніе, принявшее хроническій характеръ. Результатомъ воспаленія оказалось разрастаніе соединительной ткани въ видѣ келоида. Эта-же травма, вѣроятно, явилась также толчкомъ для болѣе активнаго роста сосудистыхъ и мышечныхъ участковъ. Такому предположенію соотвѣтствуетъ и анамнезъ, изъ котораго мы узнаемъ, что усиленный ростъ опухоли начался именно непосредственно послѣ укуса и продолжался два года послѣ этого, при чемъ въ результатѣ опухоль увеличилась вдвое. Происшедшую затѣмъ остановку роста можно объяснить сморщиваніемъ соединительной ткани подъ вліяніемъ гіалиноваго ея перерожденія и сдавливаніемъ многихъ кровеносныхъ полостей разрастающимся келоидомъ. Наличность въ отдѣльныхъ мѣстахъ опухоли гладкихъ мышечныхъ пучковъ, являющихся самостоятельной составной частью опухоли и не могущихъ быть поставленными въ непосредственную связь съ мышцами стѣнокъ большихъ сосудовъ или волосъ, является характерною особенностью этого случая и указываетъ на происхожденіе опухоли изъ избыточныхъ эмбріональныхъ зачатковъ. Генетическая связь гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ таковыми мышечныхъ стѣнокъ большихъ сосудовъ вѣроятна, тѣмъ болѣе, что они и въ опухоли встрѣчаются преимущественно по близости большихъ сосудовъ.

На основаніи сказаннаго, описанную опухоль нужно считать сложной подкожной гемангіомой; гистологически это—haemangio-leiomyoma, комбинирующаяся съ fibroma keloides; периферическая часть опухоли оказывается почти чистой fibroma durum, центральная же ея часть представляетъ кавернозное строеніе (haemangioma cavernosum), съ присоединеніемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ гладко-мышечныхъ участковъ (leiomyoma).

СЛУЧАЙ XXIV.

У ж. 50 л. на тыльной поверхности мизинца лѣвой руки была небольшая опухоль, удаленная оперативнымъ путемъ.

Пат.-анат. діагн.: haemangioma cavernosum.

Д-ромъ *Ш. І. Криницкимъ* мнѣ любезно предоставлены для описанія кусочекъ этой опухоли и целлоидиновые срѣзы изъ нея, сдѣланные въ П.А.П.В.У., за что приношу ему свою благодарность.

Подъ *микроскопомъ* видна опухоль, довольно рѣзко отграниченная на периферіи; отдѣльной капсулы по окружности опухоли нѣтъ. Опухоль состоитъ изъ полостей различнаго калибра и межуточной ткани. Одна изъ полостей очень велика, діаметромъ около 2,1 mm., другая меньшаго размѣра, діаметромъ около 1,0 mm. Обѣ эти полости круглой формы. Просвѣтъ ихъ заполненъ петрифицированными тромбами (флеболитами). Въ стѣнкѣ большей полости видно гетеротопическое развитіе изъ соединительной ткани кости: открываются костныя клѣтки и костный мозгъ, представляющійся съ характеромъ слизистаго перерожденія, а также гигантскія клѣтки (остеокласты) въ Гаушиповыхъ лакунахъ. Въ другой, меньшей полости, въ центрѣ тромба видно отложеніе извести и гіалиновое перерожденіе соединительнотканной стѣнки этой полости. Кромѣ того въ препаратѣ встрѣчается свыше 15-ти полостей меньшихъ размѣровъ, около 0,2—0,5 mm. въ діаметрѣ, просвѣтъ которыхъ заполненъ старыми тромбами, находящимися въ стадіи организаціи: хорошо видно прорастаніе тромбовъ соединительною тканью и почкованіе разрастающихся капилляровъ. Наконецъ, замѣтно большое количество полостей, по величинѣ меньшихъ, чѣмъ описанныя и содержащихъ кровь. Стѣнки этихъ полостей представляются извилистыми: повидимому, онѣ во время или послѣ операціи спались. Стѣнки всѣхъ полостей, за исключеніемъ выше описанныхъ двухъ большихъ, покрыты непрерывнымъ слоемъ однослойнаго плоскаго эндотелія.

Ткань, находящаяся кнаружи отъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, представляется различнаго строенія, даже по окружности одной и той же полости. Эта ткань неправильно расположена и состоитъ то изъ чисто соединительнотканныхъ пучковъ, то изъ отдѣльныхъ гладко-мышеч-

ныхъ клѣтокъ, заложенныхъ среди соединительной ткани. Количество гладко-мышечной ткани въ стѣнкахъ полостей довольно значительно, иногда она образуетъ въ нихъ отграниченные участки. Изрѣдка встрѣчаются полости, преимущественно небольшія, которыя близко подходятъ другъ къ другу и раздѣлены лишь тонкой полосой соединительной ткани, выстланной со стороны полостей однорядным плоскимъ эндотеліемъ.

Межуточная ткань между полостями также состоитъ изъ различныхъ тканей, расположенныхъ безъ опредѣленнаго порядка. Большую ея часть составляетъ гіалиново перерожденная соединительная ткань, среди которой во многихъ мѣстахъ видны многочисленныя, отдѣльно расположенныя гладкія мышечныя клѣтки, представляющіяся атрофированными отъ давленія. Встрѣчается также и богатая ядрами волокнистая соединительная ткань. Въ одномъ участкѣ препарата гладкомышечная ткань представляется въ видѣ широкихъ узловъ и тяжей, раздѣленныхъ лишь тоненькими тяжами гіалиново измѣненной соединительной ткани. Кромѣ того въ межуточной ткани среди полостей попадаются немногочисленныя жировыя клѣтки, сосуды, преимущественно артеріальнаго типа, и отдѣльныя нервныя волокна. Въ мелкихъ артеріяхъ эндотелій представляется очень сочнымъ, въ большихъ же артеріяхъ замѣтенъ рѣзкій эндартеріитъ. По периферіи опухоли попадается круглоклѣточный инфильтратъ, располагающійся преимущественно около небольшихъ сосудовъ.

Кругомъ опухоли видна жировая клѣтчатка съ сосудами и нервами. Въ большихъ сосудахъ замѣтенъ эндартеріитъ, стѣнки маленькихъ артерій также значительно утолщены.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ межуточной ткани опухоли открывается лишь очень незначительное ея количество. По окружности отдѣльныхъ полостей также видны лишь немногочисленныя тоненькія эластическія волоконца, расположенныя безъ опредѣленнаго порядка. Въ стѣнкахъ бóльшихъ артерій, встрѣчающихся въ препаратахъ, распредѣленіе эластической ткани представляетъ обычную картину.

Итакъ, у женщины 50 лѣтъ изъ области тыльной поверхности мизинца лѣвой руки была удалена небольшая опухоль. При микроскопическомъ изслѣдованіи, опухоль оказалась смѣшанной, состоящей изъ кавернозныхъ полостей и гладко-мышечныхъ участковъ (haemangio-leiomyoma). Въ виду наличности многочисленныхъ организующихся тромбовъ и двухъ флеболитовъ, гетеротопическаго образованія костной ткани, развитія гіалиновой соединительной ткани и атрофіи гладко-мышечной ткани, нужно признать, что изслѣдованная опухоль находилась въ стадіи далеко зашедшаго обратнаго развитія.

Судя по строенію стѣнокъ, по всей вѣроятности, боль-

шинство полостей произошло изъ болѣе крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ. На это указываетъ наличность въ стѣнкахъ полостей гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ и небольшого количества эластическихъ волоконъ.

Что касается этіологіи описанной опухоли, то наиболѣе вѣроятнымъ является предположеніе, что здѣсь произошло неправильное развитіе опредѣленнаго сосудистаго участка. На это указываетъ упомянутое выше большое количество сосудистыхъ полостей, необычныхъ для тыла пальцевъ руки, безпорядочное ихъ расположеніе въ предѣлахъ небольшого участка, ясно отграниченнаго среди окружающей жировой клѣтчатки, а также неправильное строеніе стѣнокъ полостей. Происхожденіе большого количества гладкой мышечной ткани въ видѣ ограниченныхъ участковъ и отдѣльныхъ клѣтокъ, также, по всей вѣроятности, находилось въ зависимости отъ какихъ-либо неправильностей при сформированіи болѣе крупныхъ сосудовъ, напримѣръ, венъ. На это указываетъ смѣшанное строеніе стѣнокъ полостей, въ составъ которыхъ входятъ также гладкія мышцы и эластическія волокна.

Такимъ образомъ опухоль скорѣе всего является не истиннымъ новообразованіемъ, а тканевымъ уродствомъ и потому должна быть причислена къ гамартомамъ.

Интересъ описаннаго случая заключается въ рѣдкой локализаціи сосудистой опухоли и въ сложности ея микроскопическаго строенія. Особо отмѣчу образованіе кости въ стѣнкахъ большой полости, такъ какъ окостенѣніе кавернозныхъ гемангіомъ до сихъ поръ было описано только *Glaser*'омъ (1909) и *Поздюнинымъ-Познанинымъ* (1911). Первый авторъ описалъ окостенѣніе, происходившее въ тромбѣ (см. стр. 154 и 155), а второй — исходившее, какъ и въ вышеописанномъ мною случаѣ, изъ стѣнки кавернозной полости (см. стр. 140).

СЛУЧАЙ XXV.

М. 39 л., поступилъ въ О.Б.Кр.Кр. 22. II. 1912 г.

Изъ исторіи болѣзни[1]) видно, что больной 21. II. 1912 г. во время

---

[1]) Исторія болѣзни (№ 3356, д-ръ *Подымскій*) была любезно предоставлена мнѣ для просмотра старшимъ врачемъ больницы, д-ромъ мед. *Н. И. Кеферомъ*, которому я за это приношу свою благодарность.

работы получилъ ушибъ въ области родимаго пятна, имѣвшагося у него на лѣвой голени; на слѣдующій день (22. II.), по словамъ больного, въ области ушиба появилась опухоль.

При поступленіи его въ больницу въ тотъ же день, было найдено на передней сторонѣ лѣвой голени выпячиваніе, величиною въ половину куринаго яйца, мягкой консистенціи. Кожа надъ выпячиваніемъ представляла признаки ушиба. 23. II. произведено оперативное удаленіе опухоли вмѣстѣ съ покрывавшей ее кожей. Опухоль вылущилась легко, дефектъ же кожи былъ закрытъ при помощи пластической операціи. 15. III. 1912 г. больной выписался здоровымъ. Кл. діагн.: angioma cruris sin.

Для установленія микроскопическаго діагноза опухоль была передана приватъ-доценту барону *М. М. Тизенгаузену*, который любезно предоставилъ ее мнѣ для описанія, за что приношу ему свою благодарность.

На вертикальномъ разрѣзѣ (перпендикулярно къ кожѣ) размѣры опухоли слѣдующіе: высота 2,2 cm., длина—3 cm. Наибольшій діаметръ 3,5 cm.

Микроскопическому изслѣдованію были подвергнуты срѣзы черезъ всю опухоль вмѣстѣ съ окружающими ее частями, а также срѣзы изъ различныхъ мѣстъ опухоли.

Опухоль имѣетъ дольчатый видъ, замѣтный уже при разсматриваніи ее съ *лупой*. Отдѣльныя дольки раздѣлены между собою прослойками изъ волокнистой соединительной ткани и состоятъ изъ полостей, наполненныхъ кровью. Главный узелъ опухоли расположенъ въ верхнемъ отдѣлѣ подкожной жировой ткани. Въ болѣе глубокихъ отдѣлахъ послѣдней среди жировой ткани видны отдѣльные участки, состоящіе изъ полостей.

При изслѣдованіи подъ *микроскопомъ*, открывается эпителіальный слой кожи, представляющійся истонченнымъ; кое-гдѣ замѣтно атипическое его разрастаніе. Сосочковый слой кожи надъ опухолью сглаженъ. Въ соединительнотканномъ слоѣ кожи различаются отдѣльныя некротическія мѣста, воспалительныя явленія и довольно многочисленные участки изъ молодой грануляціонной ткани. Нѣкоторые капилляры этой грануляціонной ткани расширены и представляются въ видѣ довольно значительнаго размѣра полостей. Въ соединительнотканномъ слоѣ кожи встрѣчаются корни волосъ, сальныя железы и пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ (musc. arrectores pilorum). Кромѣ того въ этомъ же слоѣ кожи видны какъ многочисленные сосуды капиллярнаго типа, расположенные диффузно, такъ и отдѣльные участки, состоящіе изъ кавернозныхъ полостей, такого же строенія, какъ и главная масса опухоли. Сама соединительная ткань этого отдѣла кожи представляется рѣзко гіалиново перерожденною.

Непосредственно подъ только что описаннымъ слоемъ располагается *главная масса опухоли*, состоящая изъ полостей самой различной формы и величины (см. *табл. V*, *рис. 17*). Наибольшій размѣръ отдѣльныхъ полостей достигаетъ 0,7 mm.—0,8 mm. Встрѣчаются поло-

сти и большей величины, но всегда удается установить, что онѣ получились путемъ слiянiя двухъ или нѣсколькихъ сосѣднихъ. Наряду съ большими полостями встрѣчаются и маленькiя, а также всевозможныя переходныя формы. Самыя маленькiя полости принадлежатъ сосудистымъ образованiямъ капиллярнаго типа, но со стѣнками, состоящими изъ гиперплазированныхъ эндотелiальныхъ клѣтокъ. Форма полостей различная: встрѣчаются круглыя, овальныя и многоугольныя. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны тромбы, состоящiе преимущественно изъ лейкоцитовъ. Нѣкоторые тромбы находятся въ стадiи организацiи. Полости выстланы сочнымъ однорядным эндотелiемъ. Соединительная ткань между полостями представляется въ двухъ видахъ: мѣстами она богата ядрами, мѣстами почти безъядерна и представляется набухшей и гiалиново перерожденной. Замѣчается, что эта гiалиновая ткань мѣстами сдавливаетъ сосудистыя полости и ведетъ къ ихъ исчезновенiю.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, она почти не обнаруживается въ соединительной ткани между полостями: открываются лишь изрѣдка тоненькiя ея волоконца. Въ гiалиново же перерожденной соединительной ткани ея совсѣмъ нѣтъ.

Между полостями изрѣдка попадаются артерiальные сосуды съ утолщенной интимой, а также немногочисленныя жировыя клѣтки. Кромѣ того здѣсь же открываются участки кровоизлiянiй (эритроциты и глыбки кровяного пигмента—гемосидерина). Описанную опухоль окружаютъ на значительномъ протяженiи прослойки изъ волокнистой соединительной ткани, носящей характеръ какъ бы капсулы.

Подкожная жировая ткань, расположенная подъ опухолью, также представляетъ значительныя измѣненiя. Въ каждой ея долькѣ замѣтны въ большомъ количествѣ типическаго строенiя капилляры, стѣнки которыхъ состоятъ изъ нѣсколькихъ рядовъ, повидимому, эндотелiальныхъ клѣтокъ. Нѣкоторые изъ такихъ атипически построенныхъ капилляровъ представляются расширенными, при чемъ ихъ стѣнки оказываются менѣе толстыми и часто состоящими уже только изъ одного ряда эндотелiальныхъ клѣтокъ. Послѣднiя сосудистыя образованiя ничѣмъ не отличаются отъ описанныхъ выше кавернозныхъ полостей опухоли. Въ нѣкоторыхъ жировыхъ долькахъ встрѣчаются участки, совершенно напоминающiе по своему строенiю большую опухоль. Въ другихъ жировыхъ долькахъ на первый планъ выступаетъ разрастанiе соединительной ткани, которая мѣстами оказывается гiалиново перерожденной; разрастанiе же сосудовъ въ этихъ мѣстахъ отступаетъ на второй планъ. Отмѣчу, что выше описанное одновременное разрастанiе мелкихъ сосудовъ и соединительной ткани какъ бы исходитъ изъ одного какого-нибудь участка каждой дольки и уже отсюда инфильтративно распространяется по всей долькѣ. Нормальныхъ жировыхъ долекъ въ удаленномъ кусочкѣ, повидимому, не было. Въ соединительной ткани между жировыми дольками встрѣчаются большiя артерiи съ утолщенной интимой.

Итакъ, у мужчины 39 лѣтъ изъ кожи голени была удалена опухоль, отмѣченная больнымъ въ видѣ родимаго пятна. Такимъ образомъ, несомнѣнно, что эта опухоль врожденнаго происхожденія. О характерѣ роста опухоли въ анамнезѣ указаній не имѣется. На основаніи же микроскопической картины опухоли можно предположить, что ростъ ея былъ активный, но медленный (отсутствіе каріокинезовъ). Наличность различныхъ переходныхъ формъ между капиллярами съ атипически построенными кавернозными полостями, указываетъ на происхожденіе послѣднихъ изъ неправильно развившихся зачатковъ капилляровъ. Наличность атипически построенныхъ сосудовъ въ необычайно большомъ количествѣ въ окружности главнаго узла опухоли указываетъ на существованіе неправильностей зародышевой закладки сосудовъ на протяженіи всего изслѣдованнаго участка. Не исключается возможность предположенія о неправильной зародышевой закладкѣ также и соединительной ткани этого участка, такъ какъ во многихъ мѣстахъ наблюдается ея разрастаніе параллельно съ развитіемъ сосудовъ, при чемъ обнаруживается особая наклонность къ ея гіалиновому перерожденію. Воспалительныя явленія и некрозы, найденные въ области описанной опухоли, можно объяснить частыми ея травмами. Послѣдняя травма, отмѣченная въ анамнезѣ, обусловила свѣжія кровоизліянія, найденныя во многихъ участкахъ опухоли.

Такимъ образомъ, наиболѣе правильно, по моему мнѣнію, причислить данную кавернозную опухоль (haemangioma cavernosum subcutis reg. cruris sin.) къ гамартомамъ.

Интересъ описаннаго случая заключается, во-первыхъ, во врожденности найденной сосудистой опухоли, во-вторыхъ, въ необычайной локализаціи ея. Наконецъ, особый интересъ представляетъ собою какъ инфильтративный ростъ мелкихъ сосудовъ (капилляровъ съ утолщенными стѣнками) внутри жировыхъ долекъ, такъ и наличность переходныхъ формъ между этими капиллярами и кавернозными полостями.

СЛУЧАЙ XXVI.

Въ П.А.И.Н.У. для изслѣдованія были доставлены кусочки (числомъ 13) опухоли, удаленной 31. III. 1910 г. д-ромъ мед. *С. В. Кофманомъ* у дѣвочки 8 лѣтъ.

Родственникъ больной дѣвочки, принесшій опухоль, и д-ръ *С. В. Кофманъ* любезно сообщили слѣдующія дополнительныя свѣдѣнія. У больной два года тому назадъ впервые появились сильныя боли въ правой икрѣ. При изслѣдованіи опредѣлялось увеличеніе объема всей средней трети правой голени и неправильное положеніе стопы (pes calcaneus). Кожа голени уклоненій отъ нормы не представляла. При ощупываніи было ясно замѣтно затвердѣніе въ области m. gastrocnemii dextr. Функція конечности была нарушена.

31. III. 1910 г. была произведена операція: послѣ вертикальнаго разрѣза въ области средней трети задней поверхности правой голени въ области fascia surae, была найдена ограниченная, плотная (хрящеватой консистенціи) опухоль пещеристаго вида, имѣвшая форму пластинки, толщиной около 1,5 cm. Опухоль удалена была тупымъ путемъ и, по остановкѣ кровотеченія, наложены были швы. Prima intentio. Дальнѣйшая судьба дѣвочки осталась неизвѣстной.

Изъ доставленныхъ 31. III. 1910 г. вечеромъ кусочковъ (въ сухомъ видѣ) уже не удалось возстановить конфигурацію опухоли. Часть кусочковъ состояла преимущественно изъ плотной соединительной ткани, часть изъ жира, раздѣленнаго на дольки тонкими соединительнотканными тяжами. Во многихъ кусочкахъ видна соединительная ткань въ видѣ тяжей, мышечная ткань и жировая ткань, а также группы полостей, наполненныхъ кровью. Кое-гдѣ видны также просвѣты кровеносныхъ сосудовъ довольно большого калибра.

Для изслѣдованія были залиты въ целлоидинъ кусочки изъ 12 мѣстъ, при чемъ часть кусочковъ была порѣзана на серіи.

Подъ *микроскопомъ* видно, что среди жировыхъ долекъ встрѣчаются многочисленные ограниченные участки, состоящіе изъ большого количества полостей, раздѣленныхъ соединительнотканными перегородками и наполненныхъ кровью (см. *табл. V, рис. 18*). Въ различныхъ направленіяхъ идутъ тяжи плотной волокнистой соединительной ткани, большею частью гіалиново перерожденной. Въ мѣстахъ, взятыхъ, повидимому, изъ периферическихъ отдѣловъ опухоли, видны сперва полости, наполненныя кровью и расположенныя въ видѣ группъ среди жировыхъ долекъ, затѣмъ—мощная волокнистая соединительнотканная полоса, наконецъ, перпендикулярно къ послѣдней идутъ отдѣльныя, неизмѣненныя поперечно-полосатыя мышечныя волокна. Въ другихъ мѣстахъ, между кровеносными полостями и въ жировой ткани, также видны поперечно-полосатыя мышечныя волокна, но значительно измѣненныя. Кромѣ того въ препаратахъ открываются: пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, кровеносные сосуды различнаго калибра, тяжи гіалиновой соединительной ткани, изрѣдка нервные пучки, одиночные лимфоидные узелки, участки круглоклѣточ-

наго инфильтрата и большіе участки кровоизліяній. Кромѣ того въ нѣкоторыхъ срѣзахъ попадались также потовыя и сальныя железы.

Разсмотримъ болѣе подробно главнѣйшія изъ только что перечисленныхъ составныхъ частей изслѣдуемой опухоли.

Найденныя жировыя клѣтки не строго правильной формы и во многихъ мѣстахъ представляются, несомнѣнно, атипичными. Бросается въ глаза большое количество жировыхъ клѣтокъ среди поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Подъ малымъ увеличеніемъ ясно видны соединительнотканные тяжи, раздѣляющіе отдѣльныя жировыя дольки. Въ послѣднихъ видны многочисленные, иногда очень значительные, участки кровоизліяній.

Соединительная ткань встрѣчается, во-первыхъ, въ видѣ широкаго тяжа изъ плотной, фиброзной, частью гіалиновой соединительной ткани (fascia surae). Въ нѣкоторыхъ препаратахъ непосредственно около этого тяжа видны широкія, наполненныя кровью полости, расположенныя отдѣльно, въ другихъ—большіе цѣлые узлы изъ кровеносныхъ полостей, которые, видимо, отдавливаютъ и истончаютъ фасцію. Во-вторыхъ, изъ соединительной ткани образованы перегородки между жировыми дольками. Въ третьихъ, соединительная ткань является основою узловъ, состоящихъ изъ кровеносныхъ полостей, и образуетъ перегородки и, мѣстами, капсулу вокругъ узловъ. Въ однихъ мѣстахъ соединительная ткань плотна, бѣдна ядрами и частью гіалиново перерождена, въ другихъ мѣстахъ она, наоборотъ, очень богата сочными, хорошо окрашивающимися ядрами, благодаря чему получается сходство съ фибросаркоматозною тканью. Среди гіалиново перерожденной ткани встрѣчаются скопленія очень вытянутыхъ неправильной формы перерожденныхъ ядеръ, которыя иногда встрѣчаются при склерозѣ соединительной ткани. Наконецъ, въ рядѣ препаратовъ въ соединительной ткани встрѣтились эозинофилы и откормленныя клѣтки.

Полости, наполненныя кровью, обычно сгруппированы въ видѣ отдѣльныхъ узловъ, замѣтныхъ уже при малыхъ увеличеніяхъ. Полости, расположенныя среди соединительной ткани, особой капсулы не имѣютъ; расположенныя же въ жировыхъ долькахъ, всегда отдѣлены отъ жировыхъ клѣтокъ соединительною тканью (капсулой), представляющейся при этомъ то въ видѣ фиброзныхъ тяжей, то въ видѣ участковъ изъ молодой ткани. Кромѣ того кровеносныя полости распространяются и среди поперечно-полосатыхъ мышцъ. Величина полостей самая разнообразная: въ центрѣ узловъ обычно располагаются большія полости, до 0,6 mm. въ діаметрѣ; по периферіи встрѣчаются меньшія, при чемъ здѣсь же видны всѣ переходы къ мельчайшимъ полостямъ, представляющимся уже въ видѣ щелей, ничѣмъ не отличимыхъ отъ обычныхъ кровеносныхъ капилляровъ. Форма полостей чрезвычайно неправильная; встрѣчается много извилистыхъ. Во многихъ мѣстахъ видно, какъ благодаря постепенному истонченію и послѣдующему разрыву перегородокъ, двѣ или нѣсколько сосѣднихъ полостей сливаются, образуя одну большую полость съ выступающими въ про-

свѣтъ обрывками перегородокъ. Въ другихъ мѣстахъ ясно отмѣчаются узкія сообщенія, на подобіе каналовъ между отдѣльными большими полостями, иногда тянущіяся на довольно значительномъ протяженіи. Стѣнки полостей и перегородки между ними состоятъ изъ соединительной ткани, выстланной однослойнымъ эндотеліемъ. Нѣкоторыя перегородки очень истончены и состоятъ лишь изъ немногихъ соединительнотканныхъ волоконъ; другія шире и содержатъ кровеносные сосуды капиллярнаго и даже артеріальнаго типа; наконецъ, наиболѣе широкія полосы соединительной ткани, притомъ обыкновенно богатыя интенсивно красящимися вытянутыми соединительнотканными клѣтками и иногда инфильтрированныя круглыми клѣтками, встрѣчаются по периферіи узловъ, вокругъ небольшихъ полостей. Кое-гдѣ видно, какъ съ периферіи къ перегородкамъ подходятъ пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, которыя и входятъ въ составъ этихъ перегородокъ. Между полостями встрѣчаются отдѣльные толстостѣнные, обычно спавшіеся сосуды, а также группы жировыхъ клѣтокъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительной примѣсью бѣлыхъ.

По краямъ большинства узловъ виденъ инфильтративный ростъ сосудистыхъ полостей, внѣдреніе ихъ въ фиброзные тяжи фасціи и раздвиганіе поперечнополосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Въ другихъ мѣстахъ полости лишь доходятъ до фасціи, а находящіяся съ другой стороны послѣдней мышцы представляются нормальными.

Упомянутыя поперечно-полосатыя мышцы отходятъ отъ фасціи подъ прямымъ угломъ и являются, очевидно, началомъ m. gastrocnemii, тѣсно связаннаго съ fascia surae. Мышечныя волокна въ этомъ мѣстѣ сами по себѣ не измѣнены, но отдѣлены другъ отъ друга необычно обильными прослойками жировыхъ клѣтокъ. Среди жировой ткани вблизи полостей имѣются рѣзко измѣненныя волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ: ихъ поперечная исчерченность исчезла, видны набухшіе обрубки со вздутыми концами, зернистость и распаденіе на отдѣльные сегменты (см. *табл. VI, рис. 19*). Нѣкоторыя части мышечныхъ волоконъ окрашиваются гематоксилиномъ въ фіолетовый или синеватый цвѣтъ или совсѣмъ не окрашиваются. Наряду съ гибелью, исчезаніемъ и разсасываніемъ мышечныхъ волоконъ лейкоцитами, отмѣчаются и регенеративныя явленія—размноженіе ядеръ perimysii.

Значительный интересъ представляетъ присутствіе въ изслѣдованной опухоли пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Часть ихъ находится въ непосредственной связи со стѣнками сосудовъ средняго и большого калибра, но большая масса представляется внѣ всякой связи съ сосудами. Видны многочисленныя волокна гладкихъ мышцъ какъ отдѣльныя, группами расположенныя, при чемъ каждое волокно окружено межуточной соединительной тканью, такъ и болѣе и менѣе широкіе пучки волоконъ, распространяющіеся безъ всякаго опредѣленнаго порядка въ различныхъ направленіяхъ и располагающіеся то въ видѣ островковъ, то тяжей, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ входящихъ въ составъ перегородокъ между полостями.

Сосудовъ на изслѣдованныхъ срѣзахъ попадается много, преимущественно встрѣчаются артеріи. Ихъ можно видѣть отдѣльно какъ среди жировой и соединительной ткани, такъ и между полостями. Сосуды представляются сильно извитыми, съ толстыми рѣзко измѣненными стѣнками. Въ адвентиціи многихъ сосудовъ замѣтно значительно выраженное слизистое перерожденіе съ наличностью звѣздчатыхъ клѣтокъ. По окружности мелкихъ сосудовъ артеріальнаго типа нерѣдко виденъ круглоклѣточковый инфильтратъ. Адвентиція другихъ сосудовъ гіалиново перерождена, при чемъ гіалиновые тяжи часто пронизываютъ всю стѣнку сосудовъ, просвѣтъ которыхъ, благодаря рѣзкому эндо- и мезоартеріиту, всюду съуженъ мѣстами до полной облитераціи. Обращаютъ на себя вниманіе нѣкоторые участки, то расположенные по периферіи узловъ, состоящихъ изъ кровеносныхъ полостей, то встрѣчающіеся самостоятельно. Эти участки состоятъ изъ большого количества молодыхъ соединительнотканныхъ клѣтокъ. Среди нихъ видны какъ тоненькіе, капиллярнаго вида просвѣты, содержащіе красные кровяные шарики и окаймленные упомянутыми молодыми клѣтками, такъ и короткіе ряды параллельно другъ къ другу расположенныхъ клѣтокъ, повидимому, новообразующіеся капилляры. Наряду съ узкими просвѣтами, видны болѣе широкіе, а также всѣ переходы къ большимъ, наполненнымъ кровью, полостямъ.

Кромѣ уже упомянутаго круглоклѣточнаго инфильтрата, въ нѣкоторыхъ срѣзахъ имѣются скопленія клѣтокъ, напоминающія по своему внѣшнему виду лимфоидные узлы. Въ этихъ скопленіяхъ можно различать центральную часть, состоящую изъ клѣтокъ съ пузырькообразными ядрами, и периферическій отдѣлъ, состоящій изъ клѣтокъ съ интенсивно красящимися ядрами—изъ лимфоцитовъ. Потовыя и сальныя железы, встрѣчающіяся въ отдѣльныхъ срѣзахъ, указываютъ на близость опухоли къ кожной поверхности конечности. Значительные участки кровоизліяній, локализирующіеся главнымъ образомъ въ жировыхъ долькахъ и около атрофировавшихся мышцъ, по всей вѣроятности, свѣжаго происхожденія, такъ какъ красные кровяные шарики измѣненій не представляютъ, а также нѣтъ отложенія кровероднаго пигмента, обычно характеризующаго старыя кровоизліянія.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, она открывается въ обильномъ количествѣ какъ въ соединительнотканной основѣ опухоли, такъ и въ стѣнкахъ неизмѣненныхъ сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ съ утолщенными стѣнками эластическихъ волоконъ или совсѣмъ нѣтъ, или ихъ очень мало. Въ болѣе толстыхъ перегородкахъ между полостями видны толстыя, иногда извитыя упругія волокна, похожія на тѣ, которыя обнаруживаются въ остальной соединительной ткани опухоли. Въ другихъ перегородкахъ иногда видно большое количество очень тонкихъ эластическихъ волоконецъ, иногда же ихъ совсѣмъ почти не видно.

Особенностью описаннаго случая являются: значительный склерозъ соединительной ткани, воспалительныя явле-

нія въ стѣнкахъ большинства сосудовъ, наличность гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ опухоли, активный ростъ послѣдней и дегенеративныя измѣненія въ поперечно-полосатыхъ мышцахъ.

На основаніи микроскопическаго изслѣдованія позволительно высказать предположеніе, что у восьмилѣтней дѣвочки было врожденное, сложное новообразованіе. Преобладаютъ измѣненія со стороны сосудистой системы — многочисленныя широкія, наполненныя кровью полости. Кромѣ того имѣется, повидимому, новообразованіе капилляровъ, а также переходъ ихъ въ своеобразныя кавернозныя полости. На врожденность опухоли указываетъ присутствіе отдѣльныхъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ — результатъ излишней или неправильной ихъ закладки. Найденныя дегенеративныя измѣненія въ мышцахъ (исчезаніе поперечной исчерченности, набуханіе и распаденіе волоконъ и т. д.) и фасціи (истонченіе, гіалиновое перерожденіе), а также наличность небольшихъ полостей по периферіи полостей большаго размѣра — указываетъ на прогрессивный ростъ опухоли. Обращаетъ также на себя вниманіе одновременное разрастаніе и быстрое оплотнѣніе соединительной ткани, видимо въ нѣкоторыхъ мѣстахъ берущей перевѣсъ надъ болѣе нѣжными тканями, напр. надъ одиночными гладкими мышечными волокнами. Измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ (воспалительныя явленія и разраэтаніе соединительной ткани) являются, вѣроятно, слѣдствіемъ неправильностей кровообращенія, вызванныхъ наличностью и ростомъ опухоли.

Такимъ образомъ, описанная опухоль, построенная изъ кавернозныхъ сосудистыхъ полостей и изъ тяжей гладкихъ мышечныхъ волоконъ, представляетъ собою сложную опухоль въ области подкожной клѣтчатки голени и можетъ быть названа haemangioma cavernosum et leiomyoma subcutaneum et regionis fasciae surae. Происхожденіе ея, очевидно, эмбріональное.

СЛУЧАЙ XXVII.

Для описанія проф. *М. Н. Никифоровымъ* предоставлена была мнѣ удаленная правая стопа ребенка, сосуды которой инъецированы крас-

ной массой. Препаратъ сохранялся въ спирту въ коллекціи П.А.И.М.У. подъ № II. 58.

Удаленіе стопы было произведено въ клиникѣ проф. *Левшина* въ 1895 г. Проф. *М. Н. Никифоровъ* любезно сообщилъ, что на подошвѣ и тылѣ стопы и между пальцами ноги оперированнаго ребенка диффузно разрослась ангіома, въ составъ которой также входили большіе сосуды съ толстыми стѣнками.

Переданный въ музей П.А.И.Н.У. препаратъ представляетъ собою правую стопу, экзартикулированную въ области плюсно-предплюсневыхъ суставовъ. Видны суставныя поверхности II, III, IV и V предплюсневыхъ костей и наружная и срединная часть стопы съ II, III, IV и V пальцами ноги. Отсутствуютъ кожа подошвы на внутренней и срединной поверхности ея и внутренняя часть стопы съ I предплюсневою костью и I пальцемъ ноги.

На мѣстѣ произведеннаго вычлененія уклоненій отъ нормы не замѣтно.

Кожа тыла стопы и тыльной поверхности пальцевъ, а также кожа периферическаго отдѣла подошвы и подошвенной поверхности первыхъ фалангъ пальцевъ представляется краснаго цвѣта въ зависимости отъ красной инъекціонной массы. Въ области первыхъ фалангъ II и III пальцевъ имѣется узелъ круглой формы, діаметромъ около 3 cm., выпячивающій кожу. На разрѣзѣ этотъ узелъ оказывается состоящимъ изъ многочисленныхъ круглыхъ, овальныхъ и щелевидныхъ полостей, наполненныхъ инъекціонной массой. По периферіи узла видна подкожная жировая ткань подошвы. На разрѣзахъ, проведенныхъ въ области тыла стопы, инъекціонная масса въ увеличенномъ количествѣ открывается только въ сосудистой системѣ подкожнаго слоя. Другихъ отклоненій отъ нормы, кромѣ приведенныхъ, при макроскопическомъ изученіи предоставленнаго мнѣ препарата не удается обнаружить.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія было вырѣзано шесть кусочковъ изъ различныхъ мѣстъ узла на подошвѣ. Кромѣ того были изслѣдованы также кусочки, взятые изъ тыльной поверхности стопы около V пальца и изъ подошвенной поверхности области III фаланги II пальца.

При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ, сдѣланныхъ изъ узла на подошвѣ, найдены многочисленные кровеносные сосуды различной величины, чрезвычайно близко расположенные другъ къ другу. Иные сосуды достигали очень большой величины: одни овальной формы съ діаметрами 0,5 cm. $\times$ 0,2 cm., другіе круглые съ діаметромъ около 0,2 cm., расположенные иногда непосредственно подъ Мальпигіевымъ слоемъ кожи. Наравнѣ съ такими крупными сосудами встрѣчается очень большое количество мелкихъ, также тѣсно расположенныхъ другъ къ другу. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратовъ открываются участки, сплошь состоящіе изъ капиллярныхъ и прекапиллярныхъ сосудовъ. Всѣ эти сосуды расположены главнымъ образомъ въ подкожномъ слоѣ, иногда же захватываютъ и мышцы. Большинство сосудовъ, даже очень мелкіе, представляются расширенными, вѣроятно, вслѣдствіе произведенной инъекціи ихъ. Во многихъ сосу-

дахъ видна инъекціонная масса, сильно съежившаяся подъ вліяніемъ послѣдующей обработки спиртомъ. Судя по наличности въ просвѣтахъ сосудовъ инъекціонной массы, нужно признать, что большинство сосудовъ принадлежитъ къ артеріямъ. Отмѣченные выше прекапилляры, на основаніи того же признака, слѣдуетъ считать сосудами, переходными къ мелкимъ артеріямъ. Венозныхъ сосудовъ встрѣчается очень немного, ихъ просвѣтъ наполненъ кровью. Многіе сосуды, судя по разрѣзамъ, на которыхъ просвѣты ихъ представляются зигзагообразной формы, имѣли очень извилистый ходъ.

Стѣнки большинства сосудовъ представляются болѣе тонкими, чѣмъ обычно находимыя у сосудовъ соотвѣтствующаго калибра. При окрашиваніи по Weigert'у и Dürck-Weigert'у, въ нихъ открывается значительное количество эластическихъ волоконъ. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ большаго калибра видно значительное утолщеніе эндотеліальнаго слоя. Кромѣ того встрѣчаются отдѣльные артеріальные сосуды съ значительно утолщенной стѣнкой. Интима въ такихъ сосудахъ также рѣзко, иногда неравномѣрно утолщена. Эти сосуды, по всей вѣроятности, представляютъ собою приводящіе сосуды. Въ ихъ просвѣтѣ видна инъекціонная масса. Вены по строенію стѣнокъ почти не отличаются отъ выше описанныхъ артеріальныхъ сосудовъ.

Между просвѣтами сосудовъ видны участки жировой подкожной ткани, среди которой отмѣчаются толстые тяжи волокнистой соединительной ткани. Въ кожѣ видны потовыя железы, основная перепонка которыхъ гіалиново перерождена, нервные стволы, Фатеръ-Пачиніевы тѣльца, а въ болѣе глубокихъ слояхъ препарата наблюдаются волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ. Послѣднія раздвигаются мелкими артеріальными сосудами. Въ подкожной жировой ткани мѣстами видны узлы, состоящіе изъ новообразованныхъ сосудовъ капиллярнаго типа.

Въ срѣзахъ изъ периферическихъ мѣстъ узла видна почти исключительно нормальная подкожная ткань, только кое-гдѣ видны крупные кровеносные сосуды и около нихъ участки, занятые многочисленными артеріальными сосудами средняго калибра.

Въ срѣзахъ, приготовленныхъ изъ тыльной поверхности стопы около V пальца, не найдено особыхъ уклоненій отъ нормы.

Въ срѣзахъ, приготовленныхъ изъ подошвенной поверхности въ области III фаланги II пальца, по близости отъ узла подъ Мальпигіевымъ слоемъ кожи найдено значительно большее, чѣмъ въ нормѣ количество близко расположенныхъ другъ къ другу артеріальныхъ сосудовъ. Въ одномъ мѣстѣ эпителіальный покровъ кожи сначала истончается, а затѣмъ вовсе обрывается и образуется язва, на днѣ которой видны молодые сосуды и воспалительный инфильтратъ (грануляціонная ткань).

Итакъ, при изслѣдованіи узла и близлежащихъ къ нему частей стопы, найдено чрезвычайно большое количество извивающихся артеріальныхъ сосудовъ различнаго калибра, почти совершенно замѣнившихъ подкожную клѣтчат-

ку. Кромѣ того отмѣчено размноженіе капилляровъ. Принадлежность крупныхъ сосудовъ къ артеріальной системѣ устанавливается, между прочимъ, нахожденіемъ инъекціонной массы въ просвѣтахъ сосудовъ. Чрезмѣрное количество крупныхъ сосудовъ въ одномъ мѣстѣ въ видѣ узла указываетъ на сосудистое новообразованіе артеріальнаго типа (haemangioma arteriosum). Чрезвычайная извилистость упомянутыхъ артеріальныхъ сосудовъ указываетъ на принадлежность новообразованія къ *рацемозной* формѣ гемангіомъ (haemangioma arteriosum racemosum). Здѣсь имѣется, повидимому, избыточная закладка сосудистыхъ зачатковъ на ограниченномъ мѣстѣ подошвы. Къ сожалѣнію, клиническое описаніе случая мнѣ осталось неизвѣстнымъ, но на основаніи макроскопическаго вида фиксированнаго препарата и микроскопическаго изслѣдованія кусочковъ можно сказать, что въ данномъ случаѣ имѣется лишь начальная стадія развитія рацемозной ангіомы. Съ этимъ согласуется и указаніе на молодой возрастъ больного и прогрессирующій ростъ опухоли, вызвавшій экзартикуляцію стопы.

Развитіе избыточныхъ, также какъ и нормальныхъ, артеріальныхъ сосудовъ происходитъ изъ капилляровъ, на что указываетъ наличность разрастающихся капилляровъ и сосудовъ, переходныхъ къ артеріямъ.

Е. Сосудистыя опухоли кожи, мѣсто развитія которыхъ не выяснено.

СЛУЧАЙ XXVIII.

Для изслѣдованія взяты срѣзы изъ опухоли кожи, хранившіеся въ П.А.И.Н.У. подъ № 61. Никакихъ другихъ свѣдѣній объ опухоли въ институтѣ не имѣлось.

Подъ *микроскопомъ* видна кожа съ небольшимъ количествомъ корней волосъ и потовыхъ железъ и подкожный слой, соединительнотканные тяжи котораго мѣстами гіалиново перерождены. Какъ въ кожѣ, такъ и главнымъ образомъ въ подкожномъ слоѣ открывается большое количество полостей самой разнообразной величины и формы и наполненныхъ кровью. Въ одномъ мѣстѣ кожи полости близко подходятъ къ Мальпигіеву слою и какъ бы приподнимаютъ его. Въ под-

кожномъ слоѣ полости группируются въ видѣ отдѣльныхъ круглыхъ участковъ, окаймленныхъ слоемъ волокнистой соединительной ткани. Одинъ такой участокъ, достигающій въ діаметрѣ до 0,8 cm., виденъ цѣликомъ на изслѣдованныхъ срѣзахъ. Въ центрѣ участка расположенъ крупный сосудъ артеріальнаго типа. По периферіи этого сосуда расположены небольшіе отдѣльные островки, состоящіе изъ гладкой мышечной ткани. Такіе же островки изъ гладко-мышечной ткани открываются и въ другихъ мѣстахъ опухоли, при чемъ кое-гдѣ отмѣчается обрастаніе какъ отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ, такъ и отдѣльныхъ мышечныхъ клѣтокъ плотной соединительной тканью. Полости представляются самой разнообразной величины, начиная отъ очень маленькихъ и кончая большими, достигающими въ діаметрѣ до 1 mm. Форма полостей очень разнообразная: встрѣчаются круглыя, овальныя, а также съ извилистыми стѣнками. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Всѣ полости выстланы плоскимъ однорядпымъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей также представляютъ неодинаковое для всѣхъ полостей строеніе. Ихъ основу составляетъ волокнистая соединительная ткань. Нѣкоторыя стѣнки широки и заключаютъ въ себѣ въ различномъ количествѣ гладкую мышечную ткань. Нѣкоторые пучки послѣдней входятъ въ составъ внутренней части стѣнокъ полостей, будучи прикрытыми непосредственно эндотеліальнымъ слоемъ, выстилающимъ полости. Другіе такіе пучки представляются въ видѣ выступовъ въ просвѣтѣ полостей, наконецъ, третьи располагаются совершенно самостоятельно среди соединительной ткани, образуя иногда значительные узлы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоли стѣнки полостей на столько между собою сближаются, что получается впечатлѣніе нахожденія между сосѣдними полостями только перегородокъ. Такія перегородки подвергаются атрофіи и впослѣдствіи прорываются, такъ что сперва получается сообщеніе между сосѣдними полостями, а потомъ и соединеніе ихъ въ одну большую полость.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей открываются тоненькія ея волоконца.

По окружности описаннаго участка встрѣчается волокнистая соединительная ткань, жировыя клѣтки, расположенныя отдѣльно или группами, небольшіе сосуды артеріальнаго типа, гнѣзда круглоклѣточнаго инфильтрата и кучки аморфнаго пигмента (гемосидерина).

Въ изслѣдованныхъ срѣзахъ рядомъ съ описаннымъ узломъ попались еще и другіе узлы такого же строенія, но цѣликомъ не попавшіе въ срѣзъ.

Резюмируя данныя микроскопическаго изслѣдованія, мы видимъ, что въ кожѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ имѣется избыточное развитіе мышечной и сосудистой ткани, носящей характеръ новообразованія. Избыточно развившаяся мышечная ткань представляется въ видѣ громаднаго количества какъ отдѣльныхъ клѣтокъ, такъ и пучковъ гладкой

мышечной ткани, разбросанныхъ безъ всякаго опредѣленнаго порядка въ опухоли. Избытокъ сосудистой ткани выражается въ наличности въ кожѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ многочисленныхъ полостей кавернознаго типа, также расположенныхъ безъ видимаго порядка (haemangioma cavernosum cutis et subcutis). Въ подкожной ткани избыточное развитіе мышечной и сосудистой ткани наблюдается на мѣстѣ нормальныхъ жировыхъ долекъ, остатки которыхъ еще кое-гдѣ сохранились. Нигдѣ въ изслѣдованныхъ срѣзахъ не найдено признаковъ разрушительнаго характера роста опухоли.

На основаніи сказаннаго можно придти къ выводу, что въ данномъ случаѣ имѣлась смѣшанная доброкачественнаго характера опухоль (haemangio-leiomyoma). Наиболѣе вѣроятнымъ является предположеніе, что опухоль получила свое развитіе изъ избыточно заложенныхъ зачатковъ сосудистой и гладкой мышечной ткани. Послѣдняя, несомнѣнно, имѣла близкую связь съ сосудистой тканью и развилась, вѣроятно, вслѣдствіе неправильнаго сформированія стѣнокъ крупныхъ сосудовъ. Въ одномъ изъ изслѣдованныхъ мною участковъ опухоли найденъ одинъ большой и нѣсколько меньшаго размѣра сосудовъ артеріальнаго типа, между тѣмъ какъ капилляровъ и венъ въ области нахожденія этихъ сосудовъ не было видно. Вполнѣ допустимо предположеніе, что опухоль, расположенная на томъ мѣстѣ, гдѣ должны были бы находиться эти капилляры и вены, образовалась за счетъ зачатковъ капиллярной и венозной системы. Результаты гистологическаго изслѣдованія опухоли, несомнѣнно, также говорятъ въ пользу такого предположенія: кавернозные полости развились изъ капилляровъ, а гладкая мышечная ткань изъ стѣнокъ венъ. Такимъ образомъ, описанная выше опухоль, несомнѣнно, является типичнымъ примѣромъ гамартомы.

СЛУЧАЙ XXIX.

Опухоль кожи, хранившаяся въ П.А.И.Н.У. Никакихъ свѣдѣній объ этой опухоли не имѣется.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась отдѣленной отъ уплощеннаго Мальпигіева слоя полосой плотной соеди-

нительной ткани. Опухоль состоитъ изъ близко расположенныхъ другъ къ другу кровеносныхъ полостей различной величины, отъ самыхъ маленькихъ до имѣющихъ въ діаметрѣ 27 μ. Полости преимущественно круглой формы и выстланы однорядным ъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей соединительнотканныя, при чемъ на мѣстѣ соприкосновенія полостей ихъ стѣнки сливаются въ одну общую перегородку. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, какъ перегородки прерываются и просвѣты рядомъ расположенныхъ полостей сообщаются другъ съ другомъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ довольно значительною примѣсью бѣлыхъ. Нѣкоторыя полости сплошь заполнены бѣлыми кровяными шариками. Во многихъ полостяхъ видны нити фибрина, въ нѣкоторыхъ—тромбы. Капсулы по окружности опухоли не видно.

Въ срѣзахъ, взятыхъ изъ периферическихъ частей опухоли, видны обособленные небольшіе участки, при чемъ каждый изъ нихъ состоитъ изъ нѣсколькихъ кровеносныхъ полостей, раздѣленныхъ другъ отъ друга широкими полосами межуточной соединительной ткани. Эти полости совершенно сходны съ описанными выше полостями, при чемъ среди нихъ много также небольшого размѣра сосудистыхъ образованій капиллярнаго типа.

На основаніи изслѣдованія нужно признать, что имѣется въ данномъ случаѣ кавернозная гемангіома кожи (haemangioma cavernosum cutis).

Интересъ приведеннаго случая заключается въ установленіи того факта, что опухоль не была рѣзко ограничена и шаровидной формы, а продолжалась въ окружающую ткань въ видѣ отдѣльныхъ, какъ бы самостоятельныхъ выступовъ, состоявшихъ какъ изъ кавернозныхъ полостей, такъ и изъ сосудистыхъ образованій капиллярнаго типа.

СЛУЧАЙ XXX.

Для изслѣдованія взятъ кусочекъ кожи съ синимъ пятномъ, величиною съ чечевицу, хранившійся въ коллекціи кусочковъ П.А.П.Н.У. Діагнозъ: angioma cutis. Другихъ свѣдѣній объ этомъ препаратѣ не имѣется.

Подъ *микроскопомъ* виденъ тонкій эпителіальный слой кожи съ ороговѣніемъ и подъ нимъ слой плотной соединительной ткани. Въ средней части срѣзовъ имѣется опухоль, лежащая непосредственно подъ Мальпигіевымъ слоемъ кожи и состоящая изъ полостей, наполненныхъ кровью.

Преимущественно въ среднихъ частяхъ опухоли полости довольно велики и достигаютъ до 180 μ. въ діаметрѣ; наряду съ ними встрѣчаются одиночныя, значительно болѣе мелкія полости, которыя въ

периферическихъ частяхъ опухоли расположены участками. Большинство полостей круглой или овальной формы. Сообщенія между близлежащими полостями встрѣчаются рѣдко и то лишь между большими полостями. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ довольно значительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ открываются смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ эндотеліемъ, являющимся единственной собственной ихъ стѣнкой. Эндотелій лежитъ на различной толщины соединительнотканныхъ тяжахъ, расположенныхъ въ видѣ перегородокъ между полостями и переходящихъ въ соединительнотканную основу кожи. Большая часть этихъ перегородокъ бѣдна ядрами и представляется гіалиново перерожденной. Между мелкими полостями перегородки болѣе богаты ядрами и состоятъ изъ менѣе гомогенной соединительной ткани. Между большими полостями перегородки истончаются, а также, иногда, прерываются.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительнотканной основѣ кожи замѣчается большое количество толстыхъ эластическихъ волоконъ; въ перегородкахъ же опухоли имѣются лишь отдѣльныя болѣе толстыя волокна, но, преимущественно, тоненькія волоконца.

Опухоль представляется въ видѣ обособленнаго одиночнаго узла въ кожѣ, но не окружается капсулой. Граница съ окружающей тканью представляется въ видѣ извилистой линіи.

По микроскопическому строенію описанная опухоль относится къ кавернозной формѣ гемангіомъ (haemangioma cavernosum circumscriptum cutis). Значительное количество лейкоцитовъ и наличность тромбовъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ указываютъ на замедленное кровообращеніе въ опухоли.

СЛУЧАЙ XXXI.

Для изслѣдованія взяты целлоидиновые срѣзы, хранившіеся въ коллекціи П.А.И.Н.У. Діагнозъ: angioma cavernosum cutis. Никакихъ другихъ свѣдѣній относительно этихъ срѣзовъ въ институтѣ не имѣлось.

Подъ *микроскопомъ* видна кожа съ придатками (корни волосъ и железы), подкожная жировая ткань, кровеносные сосуды и нервные пучки.

Какъ въ кожѣ, такъ главнымъ образомъ въ подкожной жировой клѣтчаткѣ заложены группы полостей различной величины, наполненныя кровью. Отдѣльныя полости очень близко подходятъ къ эпителіальному покрову кожи, другія располагаются въ окружности корней волосъ. Нѣкоторыя полости достигаютъ очень большой величины—до 4 mm. въ діаметрѣ—и хорошо видны простымъ глазомъ, другія же микроскопической величины, при чемъ имѣются всѣ переходныя формы, начиная отъ самыхъ малыхъ и кончая большими полостями. Форма

полостей разнообразная: преобладаютъ круглыя, но видны также съ извилистыми стѣнками. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани. Въ составъ нѣкоторыхъ стѣнокъ входятъ гладкія мышечныя волокна, расположенныя въ видѣ отдѣльныхъ участковъ. Мѣстами полости настолько близко расположены другъ къ другу, что не удается различить отдѣльной стѣнки для каждой изъ нихъ, а видны лишь тонкія перегородки между сосѣдними полостями. Кое-гдѣ эти перегородки очень истончены и даже прерываются, такъ что получается сообщеніе между сосѣдними полостями (см. *табл. VI, рис. 20*). Полости выстланы пластинчатымъ эндотеліемъ, обычно однорядным и только мѣстами многорядным. Непосредственно кнаружи отъ этого эндотелія расположены своеобразныя клѣтки въ одинъ, а иногда въ нѣсколько рядовъ. Клѣтки имѣютъ то кубическую, то неправильно округлую, иногда полигональную форму (см. *табл. VI, рис. 21*). Протоплазма ихъ окрашена нерѣзко, граница же клѣтокъ всегда ясно видна. Ядра пузырькообразныя, довольно крупныя, иногда видны клѣтки съ двумя ядрами. Ядра имѣютъ ядрышки и расположены въ центральныхъ частяхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ большихъ полостяхъ между слоемъ пластинчатыхъ и кубическихъ клѣтокъ замѣтны прослойки соединительной ткани, содержащей мышечныя клѣтки. Въ болѣе мелкихъ полостяхъ кубическія клѣтки большею частью расположены въ два или даже нѣсколько слоевъ.

Въ жировыхъ долькахъ, находящихся на периферіи описанныхъ группъ полостей, открываются между жировыми клѣтками кучки такихъ же кубическихъ клѣтокъ. Во многихъ мѣстахъ встрѣчаются клѣтки съ нѣсколькими (3—4) ядрами. На продольныхъ срѣзахъ кубическія клѣтки располагаются вдоль, а на поперечныхъ—по окружности небольшихъ просвѣтовъ, въ которыхъ видны красные и бѣлые кровяные шарики (см. *табл. VI, рис. 22*). Однако, со стороны просвѣта и здѣсь всегда виденъ однослойный рядъ пластинчатыхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ.

Такимъ образомъ и въ этихъ мельчайшихъ сосудахъ уже имѣются тѣ же элементы стѣнокъ, какіе встрѣчаются въ большихъ полостяхъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани стѣнокъ полостей видны многочисленныя эластическія волокна. Въ соединительной ткани стѣнокъ мельчайшихъ сосудовъ съ кубическими клѣтками также видны тоненькія эластическія волоконца.

Въ межуточной ткани среди полостей встрѣчаются соединительнотканныя прослойки, группы жировыхъ клѣтокъ, сосуды, нервы, корни волосъ и musc. arrectores pilorum.

Итакъ, въ подкожной жировой клѣтчаткѣ какой-то волосистой части тѣла имѣлось избыточное развитіе сосудистой ткани, носящее характеръ новообразованія. Это избы-

точное развитіе выражалось въ наличности узловъ, состоящихъ изъ многочисленныхъ полостей кавернознаго типа, расположенныхъ безъ опредѣленнаго порядка (haemangioma cavernosum).

Особенность даннаго случая заключается въ наличности своеобразныхъ клѣтокъ, размножающихся среди жировыхъ долекъ, облекающихъ какъ просвѣты мелкихъ новообразующихся сосудовъ, такъ и выстилающихъ большія полости. Эти „кубическія" клѣтки всегда располагаются надъ плоскимъ эндотеліемъ, выстилающимъ какъ мелкіе сосуды, такъ и всѣ полости, начиная отъ маленькихъ и кончая большими. Это обстоятельство рѣзко отличаетъ данную опухоль отъ гипертрофическихъ ангіомъ или гемангіоэндотеліомъ (haemangioma hypertrophicum, s. haemangioendothelioma), отнесенныхъ *Ziegler*'омъ къ образованіямъ, которыя находятся на границѣ между сосудистыми и саркоматозными опухолями. Въ такихъ гемангіомахъ или эндотеліомахъ кубическія клѣтки развиваются изъ плоскаго эндотелія, который, благодаря этому, исчезаетъ. Между тѣмъ остальные гистологическіе признаки выше приведеннаго случая чрезвычайно напоминаютъ ту опухоль, которая изображена *Ziegler*'омъ для иллюстраціи гипертрофическихъ гемангіомъ[1]).

Изслѣдованная опухоль также мало похожа на типическую форму такъ называемыхъ „перителіомъ". Эти перителіомы, причисляемыя авторами обычно къ саркомамъ, получаются благодаря разрастанію перителія, т. е. клѣтокъ адвентиціи кровеносныхъ сосудовъ. Въ перителіомахъ видны многочисленные слои перителія, окружающіе и сдавливающіе просвѣты кровеносныхъ сосудовъ. Сходство приведенной опухоли съ перителіомой заключается въ томъ, что въ обѣихъ опухоляхъ наблюдается внутренній слой эндотеліальныхъ плоскихъ клѣтокъ, независимый отъ окружающихъ его слоевъ эндотеліальныхъ клѣтокъ другой формы (не плоскихъ). Въ описанной выше опухоли кое-гдѣ даже замѣчался промежуточный слой между плоскими и „кубическими"

---

[1]) *Ziegler*. Lehrbuch. I. 1905 г. изд. XI, p. 424. Fig. 271. Angioma cavernosum hypertrophicum (Blutgefässendotheliom des Schädeldaches).

клѣтками, состоящій изъ соединительной ткани съ примѣсью гладкихъ мышцъ. Существеннымъ отличіемъ изслѣдованной опухоли отъ перителіомъ является кавернозный характеръ ея, необычный для перителіальныхъ опухолей. Если отнести данную опухоль къ перителіомамъ, пришлось бы создать новую подгруппу этихъ образованій—подгруппу кавернозныхъ перителіомъ (perithelioma cavernosum).

Такимъ образомъ осталось не выясненнымъ какъ вопросъ о происхожденіи и характерѣ кубическихъ клѣтокъ, найденныхъ въ стѣнкахъ полостей опухоли, такъ и вопросъ о томъ, какое мѣсто въ современной онкологической системѣ должна занять изслѣдованная мною опухоль.

Гемангіомы наружныхъ покрововъ мною изслѣдованы въ количествѣ *31 случая.* Распредѣленіе по возрасту и полу лицъ, бывшихъ носителями этихъ гемангіомъ, представлено мною въ таблицѣ.

Таблица.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ										Всего
	До 1 года.	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	„ 70 „ 79 „	Неизвѣстно	
мужч. .	1	2	—	1	3	—	2	2	—	1	12
женщ. .	—	2	2	—	—	1	2	2	1	—	10
неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	9
Итого .	1	4	2	1	3	1	4	4	1	10	31

Въ 10 случаяхъ въ анамнезѣ имѣются указанія на врожденное происхожденіе этихъ гемангіомъ. Десять разъ (случай I—X) опухоли локализировались въ области головы, причемъ 3 раза въ области лба, по одному разу въ области подбородка, въ ушной раковинѣ, позади уха, и по два раза въ волосистой части головы и въ области лица.

Одинъ разъ (XI) гемангіома была найдена въ области

шеи, четыре раза (случаи XII—XV)—въ области груди, три раза (случай XVI—XVIII)—въ области груди, живота и боковыхъ отдѣловъ туловища и, наконецъ, два раза (случаи XIX и XX)—въ области спины.

Гемангіомы конечностей встрѣтились въ семи случаяхъ: въ четырехъ (случаи XXI—XXIV) наблюдались гемангіомы верхнихъ конечностей и въ трехъ—нижнихъ (XXV—XXVII).

Въ четырехъ случаяхъ (XXVIII—XXXI) локализація опухолей осталась для меня неизвѣстной.

Большинство гемангіомъ были одиночныя. Множественность гемангіомъ отмѣчена въ семи случаяхъ (IX, X, XVI, XVII, XVIII, XIX и XX).

Величина гемангіомъ представлялась различной; чаще были найдены опухоли небольшого размѣра (величиной отъ чечевичнаго зерна или горошины до волошскаго орѣха). Гемангіомы же бо́льшихъ размѣровъ встрѣтились мнѣ въ незначительномъ количествѣ (случаи VIII, IX, X, XXVII).

По микроскопическому строенію нужно различать во-первыхъ простыя гемангіомы, состоящія главнымъ образомъ изъ капилляровъ (случаи II, V, VI, XX, XXI), во-вторыхъ—кавернозныя (случаи I, III, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVII, XVIII, XIX, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVIII, XXIX и XXX), въ третьихъ—рацемозныя гемангіомы (случаи VIII и XXVII) и, наконецъ, въ четвертыхъ, неопредѣленные случаи, то есть такіе, строеніе которыхъ недостаточно было выяснено (случаи IV, XV, XVI и XXXI).

Простыя гемангіомы состояли изъ разрастающихся капилляровъ, представлявшихся иногда съ гипертрофированными стѣнками (случаи II, XX и др.). Эти сосудистыя опухоли обладали сильнымъ активнымъ ростомъ и прорастали сосѣднія ткани (мышцы, фасціи и т. д.). Онѣ состояли изъ капилляровъ и прекапилляровъ, а также иногда изъ мельчайшихъ артерій (случай XXI) и встрѣчались исключительно въ дѣтскомъ возрастѣ.

Кавернозныя гемангіомы мнѣ встрѣтились въ наибольшемъ количествѣ (въ 20 случаяхъ изъ 31). По строенію различаются простыя и сложныя кавернозныя гемангіомы.

Простыя кавернозныя гемангіомы построены изъ полостей, наполненныхъ кровью, и изъ межуточной соединитель-

ной ткани, представляющейся то въ видѣ тонкихъ перегородокъ между полостями, то въ видѣ широкихъ тяжей. Иногда въ составъ межуточной ткани входили элементы кожи и подкожной клѣтчатки (диффузныя кавернозныя гемангіомы, случай VII). Одновременно съ сосудистыми встрѣчаются иногда и другія опухоли кожи (пигментныя пятна, случаи XIII, XV, XVII, фибромы и липомы—случай XVIII). Простыя кавернозныя гемангіомы встрѣчаются то въ стадіи активнаго роста (случаи I, IX—первый кусочекъ—X, XII, XIII, XIV, XXII), то уже въ стадіи обратнаго развитія (случаи VII, IX—второй кусочекъ—XII, XVII, XIX, XXX).

Въ сложныхъ кавернозныхъ гемангіомахъ открываются участки гладкой мышечной ткани, расположенной то въ стѣнкахъ полостей, то въ видѣ совершенно самостоятельныхъ островковъ различной формы. Примѣсь гладкой мышечной ткани отмѣчена въ случаяхъ III, XI, XXIII, XXIV, XXVI и XXVIII. Наличность въ гемангіомахъ самостоятельныхъ участковъ гладкой мышечной ткани обыкновенно отмѣчалась въ сосудистыхъ опухоляхъ поперечно-полосатыхъ мышцъ. По авторамъ (*Петровъ* и др.), такіе участки изъ гладко-мышечной ткани происходятъ вслѣдствіе неправильнаго развитія мышечныхъ элементовъ стѣнокъ сосудовъ. Связь островковъ изъ гладкихъ мышцъ съ стѣнками сосудовъ установлена мною въ случаѣ XXVI. Въ томъ же случаѣ, а также во всѣхъ остальныхъ участки гладкихъ мышцъ были расположены и совершенно самостоятельно, безъ всякой видимой связи со стѣнками сосудовъ. Однако, такая самостоятельность еще не говоритъ противъ существованія генетической связи между найденными въ гемангіомахъ участками гладкихъ мышцъ и мышцами сосудистыхъ стѣнокъ. Отмѣчу, что гистогенезъ мышечной ткани вообще и гладкихъ мышцъ въ частности у человѣка еще недостаточно точно изученъ. По *Lewis*'у [1]) (1910) установлено, что всѣ мышцы тѣла (поперечно-полосатыя и гладкія) образуются изъ мезодермы, за исключеніемъ немногихъ мышцъ, происходящихъ изъ экто-

---

[1]) *Warren H. Lewis.* Die Entwicklung des Muskelsystems. In *Keibel u. Mall.* Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Bd. I. 1910. p. 457—526.

дермы. Также извѣстно, что гладкія мышцы, происходящія изъ той же контрактильной основной ткани, изъ которой образуются и поперечно-полосатыя мышцы, представляются лишь менѣе дифференцированными, чѣмъ послѣднія. Большая часть гладкихъ мышцъ развивается изъ мезодермы и притомъ какъ изъ мезенхимы („von den mesenchymatösen Abkömmlingen des Mesoderms“)[1]), такъ и изъ эмбріональной соединительной ткани. Отмѣчу, что, по *Lewis*'у, различныя стадіи гистогенеза гладкихъ мышцъ у человѣка до сихъ поръ не могли быть установлены. Участки изъ гладкихъ мышцъ, найденные мною въ цѣломъ рядѣ гемангіомъ, очевидно врожденнаго происхожденія, но я не имѣю достаточно данныхъ, чтобы высказаться окончательно относительно того, всѣ-ли эти участки произошли изъ мышечнаго слоя стѣнокъ сосудовъ, какъ предполагалъ *Петровъ*[2]) и др., или же часть ихъ развилась изъ зародышевой соединительной ткани, независимо отъ сосудистыхъ стѣнокъ. Въ случаяхъ XXIII, XXV и XXVI открывалось обрастаніе гладкихъ мышцъ плотной, мѣстами гіалиново перерожденной соединительной тканью (обратное развитіе гладко-мышечныхъ участковъ).

Признаки обратнаго развитія найдены мною въ цѣломъ рядѣ кавернозныхъ гемангіомъ наружныхъ покрововъ (случаи I, XXIV, XXX и др.). Эти признаки выражаются въ образованіи тромбовъ внутри полостей и въ послѣдующей ихъ организаціи съ послѣдовательнымъ запустѣніемъ и какъ бы рубцеваніемъ кавернозныхъ полостей. Иногда наблюдается отложеніе извести въ тромбахъ, а въ случаѣ XXIV произошло даже образованіе кости. Кромѣ того во многихъ случаяхъ отмѣчалось оплотнѣніе и гіалиновое перерожденіе соединительной ткани гемангіомъ.

Часть изслѣдованныхъ опухолей находилась въ состояніи активнаго роста, въ нѣкоторыхъ же опухоляхъ ростъ оказался законченнымъ и наблюдались всевозможные, приведенные мною выше, признаки ихъ обратнаго развитія.

---

[1]) *Warren Lewis*. l. c. p. 461.

[2]) *Петровъ*. Ангіомы произвольныхъ мышцъ. Отд. отт. изъ трудовъ клин. проф. Оппеля. 1910. I.

Особо нужно отмѣтить случай X, въ которомъ имѣлъ мѣсто разрывъ поверхностно расположенной каверно́зной полости языка съ послѣдовательнымъ смертельнымъ кровотеченіемъ.

Рацемозныя гемангіомы встрѣтились мнѣ два раза. Въ одномъ случаѣ (XXVII) найдена была, повидимому, начальная стадія заболѣванія: процессъ захватилъ небольшіе артеріи опредѣленнаго сосудистаго участка стопы. Въ другомъ случаѣ (VIII) имѣлась болѣе поздняя стадія заболѣванія, при чемъ процессъ локализировался въ правой височной области. Въ послѣднемъ случаѣ была найдена сложная по строенію опухоль: кромѣ рацемозной ангіомы, имѣлась также простая ангіома, въ которой отмѣчался очень сильный активный инфильтративный ростъ. Такого же характера опухоль, какъ мною изслѣдованная, описалъ, на сколько мнѣ извѣстно, одинъ только *Stierlin* (см. стр. 118 и 123).

Къ неопредѣленнымъ случаямъ мною отнесены IV, XV, XVI и XXXI. Въ первыхъ трехъ я не рѣшился на основаніи микроскопическаго изслѣдованія придти къ окончательному выводу относительно того, являются ли описанныя образованія гемангіомами или только пассивными расширеніями предсуществовавшихъ сосудовъ, т. е. эктазіями. На основаніи нѣкоторыхъ соображеній, приведенныхъ мною для каждаго случая отдѣльно, мнѣ казалось бы болѣе вѣроятнымъ предположеніе, что во всѣхъ трехъ данныхъ случаяхъ я имѣлъ дѣло съ неправильностями развитія сосудистыхъ участковъ, т. е. съ гамартомами, представлявшими признаки обратнаго развитія.

Что касается опухоли XXXI случая, то по микроскопическому строенію ее слѣдуетъ поставить совершенно отдѣльно. Такого же, повидимому, характера опухоль наблюдалъ *Pels-Leusden* (1911)[1]. У молодой дѣвицы изъ области предплечья были удалены множественныя маленькія опухоли. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состояла изъ очень широкихъ кровяныхъ полостей, выстланныхъ плоскимъ однояднымъ эндотеліемъ. Непо-

---

[1]) *Pels-Leusden.* Дем. in G. d. Charité-Aerzte. 4.V.1911. Пр. in B. kl. W. 1911. № 25. p. 1154.

средственно кнаружи отъ послѣдняго открывались расположенныя въ нѣсколько рядовъ *кубическія* клѣтки, похожія на размножившіяся эндотеліальныя клѣтки. Между плоскими и кубическими клѣтками не открывалось никакого промежуточнаго слоя, почему авторъ и высказался противъ предположенія, что изслѣдованныя имъ опухоли могли быть причислены къ перителіомамъ. *Pels-Leusden* приходитъ къ заключенію, что, несмотря на почти полное отсутствіе злокачественности въ его случаѣ, опухоли были гемангіоэндотеліомами.

Въ отвѣтъ на мою просьбу предоставить мнѣ оттискъ предполагавшейся статьи, въ которой приведенный случай имѣлъ быть описаннымъ детально, проф. *Pels-Leusden* любезно извѣстилъ меня письмомъ (17. VII. 1911 г.), что эта работа имъ еще не закончена. Въ этомъ же письмѣ проф. *Pels-Leusden* опять отмѣтилъ, что опухоль представляла особый интересъ, благодаря наличности нѣсколькихъ рядовъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, изъ которыхъ внутренній всегда представлялся однослойнымъ. „Das Bemerkenswerteste an der Geschwulst var", пишетъ мнѣ проф. *Pels-Leusden*, „dass die einzelnen, weiten Gefässschlingen, mit einer mehrfachen Endothelschicht ausgekleidet waren, welche aber gegen das Lumen immer noch eine ganz deutliche Endothellage erkennen liess. Eine Zwischenschicht war aber zwischen dem gewucherten und dem anscheinend normalen Endothel nicht zu erkennen und auch aus anderen Erscheinungen glaube ich schliessen zu können, dass es sich nicht um ein Peritheliom, sondern ein Endotheliom von den Blutgefässendothelien handelt" [1]). Такимъ образомъ изъ описанія проф. *Pels-Leusden'a* видно, что онъ наблюдалъ, по всей вѣроятности, приблизительно такого же характера опухоль, какая мною описана въ случаѣ XXXI.

Что касается присутствія *эластической ткани*, то въ *простыхъ* гемангіомахъ во всѣхъ пяти случаяхъ въ окружности капилляровъ наблюдалось полное ея отсутствіе. Въ волокнистой же соединительной ткани, пронизывающей опухоли въ видѣ тяжей, открывались эластическія волокна, чаще

---

[1]) Изъ письма проф. *Pels-Leusden'a*. 17/VII. 1911 г.

тоненькія, рѣже болѣе толстыя, но всегда въ незначительномъ количествѣ. Въ случаѣ V тоненькія эластическія волокна были найдены также въ стѣнкахъ маленькихъ артерій. Въ *кавернозныхъ* гемангіомахъ[1]) во многихъ случаяхъ (III VII, IX, X, XII, XIV, XXIII, XXV) отмѣчается въ стѣнкахъ полостей или полное отсутствіе эластической ткани, или наличность кое-гдѣ отдѣльныхъ, тоненькихъ эластическихъ волоконецъ. Въ остальныхъ случаяхъ были найдены тоненькія отдѣльныя волоконца, при чемъ, напримѣръ, въ случаѣ XVII таковыя находились въ стѣнкахъ большихъ полостей, а въ стѣнкахъ мелкихъ полостей эластическая ткань совсѣмъ не открывалась. Единичныя, болѣе толстыя эластическія волокна были найдены только въ случаяхъ XXVI и XXX. Въ случаѣ XXII въ перегородкахъ между полостями эластической ткани почти совсѣмъ не было видно; только въ одномъ участкѣ былъ найденъ среди полостей сосудъ, повидимому, артеріальнаго характера. Въ стѣнкахъ большихъ сосудовъ, находившихся въ предѣлахъ гемангіомъ, эластическая ткань всегда ясно обнаруживалась.

Въ *рацемозныхъ* гемангіомахъ найдено значительное количество эластическихъ волоконъ въ стѣнкахъ артеріальныхъ сосудовъ. Въ случаѣ VIII въ небольшихъ артеріяхъ пучки эластическихъ волоконъ представлялись прерывающимися, въ большихъ же артеріяхъ было видно непрерывное кольцо изъ эластическихъ волоконъ. Кромѣ того изъ такого кольца направлялись въ окружающую сосуды ткань тоненькія эластическія волокна.

Отмѣчу, что въ стѣнкахъ капилляровъ, изъ которыхъ состояли узлы простой гемангіомы въ случаѣ VIII, эластическія волокна не были найдены.

Въ случаяхъ IV, XV и XVI, въ которыхъ имѣлись диффузныя опухоли, эластическая ткань открывалась главнымъ образомъ въ межуточной ткани между полостями опухоли, но въ меньшемъ количествѣ по сравненію съ окружающей опухоль соединительной тканью. Въ случаѣ XXXI были найдены въ стѣнкахъ мелкихъ полостей тоненькія, а

---

[1]) *Примѣчаніе.* Въ случаяхъ I, XIII и XXIX изслѣдованіе на присутствіе эластической ткани не было произведено.

въ стѣнкахъ большихъ полостей многочисленныя тонкія и болѣе толстыя эластическія волокна.

Резюмируя приведенныя данныя, я могу сказать, что въ простыхъ гемангіомахъ наружныхъ покрововъ эластическая ткань встрѣчается лишь въ ничтожномъ количествѣ и при томъ только въ соединительнотканныхъ тяжахъ межуточной ткани опухоли. Въ кавернозныхъ гемангіомахъ эластическія волокна встрѣчаются въ необильномъ количествѣ, при чемъ они имѣются не только въ межуточной ткани sensu stricto, но иногда, въ видѣ отдѣльныхъ тоненькихъ волоконецъ также и въ стѣнкахъ кавернозныхъ полостей. Въ рацемозныхъ ангіомахъ эластическая ткань въ стѣнкахъ сосудовъ открывается въ довольно значительномъ количествѣ, но не всегда на всемъ протяженіи сосудистой стѣнки.

ГЛАВА XXII.

Кость.

СЛУЧАЙ XXXII.

Проф. *М. Н. Никифоровымъ* мнѣ были предоставлены для изслѣдованія целлоидиновые срѣзы изъ опухоли лобной кости, описанной въ 1889 г. прив.-доц. *Дьяконовымъ* [1] [2]).

Опухоль находилась надъ лѣвымъ глазомъ у женщины 21 г. и была удалена въ 1888 г. проф. *Бобровымъ*. Опухоль была неподвижна, плотна, круглой формы, діаметромъ около 5,5 cm. и оттѣсняла книзу верхнюю стѣнку глазницы. Во время операціи оказалось, что новообразованіе занимало всю толщу (3 cm.) лобной кости. По словамъ больной, опухоль появилась за два года до операціи, черезъ нѣсколько недѣль послѣ того, какъ больная съ размаху ударилась объ уголъ печи какъ разъ тѣмъ мѣстомъ лба, гдѣ стала потомъ расти опухоль. Ударъ былъ настолько силенъ, что больная около двухъ часовъ находилась въ безсознательномъ состояніи и вполнѣ оправилась отъ ушиба лишь черезъ два мѣсяца послѣ этого. Сперва опухоль была мала, но непрерывно увеличивалась и уже черезъ годъ послѣ своего появленія стала оттѣснять глазъ. Кл. діагн.: остеосаркома. Во время операціи было сильное кровотеченіе. Черезъ шесть недѣль послѣ операціи больная выписалась здоровою.

Макроскопически удаленное новообразованіе представляло строеніе губчатаго костнаго вещества; промежутки между костными перекладинами были заняты массами, напоминавшими грануляціонную ткань.

---

[1]) *Дьяконовъ*. Къ казуистикѣ новообразованій черепа. Л.Х.О.М. 1889. VIII. № 5 и 6. р. 27—33.

[2]) *Онъ-же*. То же. М.О. 1889. XXXI. № 2 и 3. р. 113.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты въ 1889 г. кусочки изъ различныхъ мѣстъ опухоли, декальцинированы пикриновой кислотой и заключены въ целлоидинъ. Микроскопическое изслѣдованіе было произведено прив.-доц. *Дьяконовымъ* при содѣйствіи проф. *Шервинскаго* (см. статьи *Дьяконова*) и дало слѣдующіе результаты: костнососудистое новообразованіе—пещеристая ангіома (osteoangioma myxomatosum) лобной кости.

Въ 1898 г. проф. *Н. К. Лысёнковъ*[1]) собралъ разрозненные въ русской литературѣ случаи опухолей костей свода черепа, подвергнутыхъ оперативному леченію. Онъ нашелъ десять такихъ случаевъ. Среди этихъ десяти опухолей была лишь одна сосудистая, именно вышеприведенная *Дьяконова*. Проф. *Н. К. Лысёнковъ* подробно разбираетъ этотъ случай и въ заключеніе указываетъ, что клинически данное новообразованіе представлялось злокачественнымъ. Такое же мнѣніе высказали также *Склифосовскій*[2]) и *Синицынъ* въ преніяхъ по поводу доклада *Дьяконова* въ 1889 г. Между тѣмъ *Дьяконовъ*, на основаніи произведеннаго имъ микроскопическаго изслѣдованія, видоизмѣнилъ поставленный до операціи діагнозъ и указываетъ, что и прогнозъ соотвѣтственно этому уже не тотъ, какой былъ поставленъ раньше.

Въ виду наличности такого разногласія представляло интересъ повторить микроскопическое изслѣдованіе, пользуясь предоставленными мнѣ целлоидиновыми срѣзами, приготовленными изъ двухъ различныхъ мѣстъ опухоли.

Къ сожалѣнію, срѣзы очень плохо красились.

Подъ *микроскопомъ* найдено слѣдующее. Подъ надкостницей видна костная пластинка, во многихъ мѣстахъ истонченная, а мѣстами совершенно узурированная; кромѣ того незначительное число перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ костныхъ перекладинъ разной величины. Часть перекладинъ перпендикулярно отходитъ отъ костной пластинки, находящейся подъ надкостницей. Между перекладинами масса круглыхъ и продольныхъ извилистыхъ полостей, наполненныхъ кровью (см. *табл. VI, рис. 23* и *24*). Кромѣ того видны остатки жирового костнаго мозга и кое-гдѣ немногочисленные, болѣе крупные сосуды артеріальнаго и венознаго типа, растянутые кровью. Величина полостей различная, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ преобладаютъ болѣе

---

[1]) *Лысёнковъ*. Топографія и оперативная хирургія черепной полости. Х. Приложеніе. 1898. XXII. р. 95.

[2]) *Склифосовскій* и *Синицынъ*. Пренія въ 232 засѣданіи хир. общ. въ Москвѣ. Л.Х.О.М. VIII. № 5 и 6 р. 5 и 6.

крупныя, въ другихъ—болѣе мелкія. Въ среднемъ діаметръ полостей равняется около 0.18 mm. Многія большія полости получились благодаря сліянію двухъ мелкихъ, расположенныхъ рядомъ, другія же лишь сообщаются между собою. Ограничены полости соединительнотканными перегородками различной величины, выстланными однослойнымъ эндотеліемъ. Въ перегородкахъ соединительная ткань представляется различной: то въ видѣ волоконъ съ вытянутыми ядрами, то въ видѣ разрыхленной отечной ткани съ характеромъ слизистаго перерожденія (видны звѣздчатыя клѣтки). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ перегородкахъ видны зернистыя массы (распадъ). Кромѣ того въ нихъ встрѣчаются сосуды, преимущественно капиллярнаго типа и изрѣдка отдѣльныя жировыя клѣтки. Ядра въ соединительной ткани находятся въ умѣренномъ количествѣ; фигуръ дѣленія въ нихъ обнаружить не удалось. Полости выполнены красными кровяными шариками; въ однѣхъ полостяхъ съ незначительной примѣсью бѣлыхъ, въ другихъ видно ихъ довольно много и, наконецъ, въ третьихъ, обнаруживаются волокна фибрина. Костныя перекладины во многихъ мѣстахъ представляются ясно узурированными: имѣются мѣста, гдѣ одна какая нибудь довольно большая, наполненная кровью полость какъ бы вдвинулась въ перекладину, въ другихъ мѣстахъ полости внѣдряются съ двухъ сторонъ костной перекладины, благодаря чему рѣзко истончающейся. Полости узурируютъ также поднадкостничный слой кости и новообразованіе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ граничитъ непосредственно съ надкостницей, которая въ этихъ участкахъ представляется приподнятой и истонченной. Кавернозныя полости встрѣчаются и въ надкостницѣ.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, упругія волокна видны лишь въ надкостницѣ и въ стѣнкахъ крупныхъ сосудовъ. Обнаружить ихъ въ стѣнкахъ кавернозныхъ полостей не удалось.

На основаніи микроскопическаго описанія нужно признать, что здѣсь въ лобной кости развилось новообразованіе, состоявшее изъ кровеносныхъ полостей, типа — haemangioma cavernosum. Наличность слизистой ткани можно считать вторичнымъ, регрессивнымъ явленіемъ. Такимъ же вторичнымъ явленіемъ представляется узура кости подъ вліяніемъ давленія разрастающихся полостей.

Ростъ опухоли, повидимому, направляется изъ области костнаго мозга къ периферіи кости, такъ что опухоль можетъ быть причислена къ міэлогеннымъ гемангіомамъ. Признаковъ злокачественности не было найдено.

Особенностями приведеннаго случая являются: 1) рѣдкая локализація сосудистаго новообразованія въ кости, 2) узура костной ткани вслѣдствіе давленія разрастающихся полостей и 3) появленіе новообразованія вскорѣ послѣ тяжелаго ушиба въ области лобной кости.

Относительно этіологіи опухоли не имѣется точныхъ данныхъ. Наиболѣе вѣроятнымъ слѣдуетъ считать происхожденіе опухоли изъ сосудистаго зачатка, неправильно или избыточно заложеннаго въ толщѣ лобной кости. Травма, повидимому, явилась моментомъ, вызвавшимъ или значительно усилившимъ ростъ описанной опухоли.

ГЛАВА XXIII.

Мышцы.

СЛУЧАЙ XXXIII.

Препаратъ (отъ Д-ра *Дю-Буше*) хранится въ музеѣ П.А.И.Н.У. подъ № 155 съ діагнозомъ: angioma linguae.

Операція была произведена въ 1903 г.; другихъ свѣдѣній не удалось получить.

Препаратъ представляетъ собою периферическій конецъ языка взрослаго длиною около 1,5 cm., разрѣзанный на 2 куска. На разрѣзѣ виденъ красный узелъ, состоящій изъ диффузно расположенныхъ полостей неправильной формы, раздѣленныхъ другъ отъ друга болѣе и менѣе широкими прослойками межуточной ткани. Узелъ расположенъ ближе къ спинкѣ языка и на разрѣзѣ имѣетъ треугольную форму, постепенно съуживающуюся по направленію къ основанію.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи видны въ большомъ количествѣ полости различной величины и самой неправильной формы, наполненныя кровью. Въ центральныхъ частяхъ опухоли имѣется большое количество фиброзной соединительной ткани, среди которой заложены описанныя полости (см. *табл. VII, рис. 25*). Послѣднія выстланы эндотеліемъ, непосредственно прилежащимъ къ фиброзной соединительной ткани. Перегородокъ между полостями не видно. По периферіи полости встрѣчаются чаще и находятся среди мышечныхъ волоконъ языка. Стѣнки полостей въ этихъ мѣстахъ состоятъ изъ тонкаго соединительнотканнаго слоя, выстланнаго эндотеліемъ. Въ стѣнкахъ отдѣльныхъ полостей встрѣчаются участки гладкихъ мышечныхъ волоконъ или въ видѣ тяжей неравномѣрной толщины, или въ видѣ отдѣльныхъ клѣтокъ, окруженныхъ каждая въ отдѣльности соединительною тканью. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ послѣдняя преобладаетъ, она представляется участками гіалиново перерожденной. Очень часто среди такой соединительной ткани встрѣчаются участки, состоящіе изъ концентрически расположенныхъ слоевъ, въ которыхъ находятся

гладкія мышечныя клѣтки, а иногда небольшіе просвѣты, выстланные плоскимъ эндотеліемъ. Кромѣ того попадаются круглыя образованія, состоящія изъ гомогенной массы, имѣющей гіалиновый видъ безъ всякаго просвѣта; мѣстами такія образованія встрѣчаются въ просвѣтахъ полостей и представляютъ, повидимому, собою облитерированные сосуды. Мѣстами, по близости къ просвѣтамъ полостей видны участки, состоящіе изъ сосудовъ, преимущественно прекапиллярнаго типа. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ; кое-гдѣ видно довольно много отстоявшейся плазмы безъ форменныхъ элементовъ. Во многихъ полостяхъ имѣется отложеніе фибрина и тромботическихъ массъ; наблюдается также организація послѣднихъ. Въ одной большой полости прорастаніе тромба грануляціонной тканью, въ которой замѣтны наравнѣ съ капиллярными сосудами также и маленькія капиллярнаго характера полости. Среди большихъ полостей имѣются сосуды артеріальнаго и венознаго типа съ утолщенными стѣнками. Поперечно-полосатыя мышечныя волокна, находящіяся вблизи опухоли и между отдѣльными ея полостями, мѣстами рѣзко измѣнены: видно неравномѣрное ихъ окрашиваніе, потеря исчерченности и ихъ набуханіе (Ценкеровское перерожденіе), регенеративное размноженіе ядеръ и неравномѣрная толщина отдѣльныхъ волоконъ. Особенно рѣзко замѣтно сдавленіе мышечныхъ пучковъ фиброзной соединительной тканью, иногда охватывающей ихъ со всѣхъ сторонъ и послѣдовательно ихъ атрофируя. Давленіе, также, несомнѣнно, производимое на мышцы наполненными кровью полостями, видимо, не играетъ существенной роли. Наряду съ дегенеративными процессами въ мышцахъ, отмѣчается явленіе эндартеріита и облитераціи сосудовъ, а также гіалиновое перерожденіе соединительной ткани вблизи опухоли.

Въ одномъ мѣстѣ узла попался въ срѣзъ бугорокъ, состоящій изъ грануляціонной ткани (главнымъ образомъ изъ фибробластовъ и отдѣльныхъ гигантскихъ клѣтокъ) и большого количества аморфнаго бураго пигмента (гемосидерина). Среди мышечныхъ волоконъ мѣстами попадаются кровоизліянія.

При окрашиваніи на упругую ткань по Weigert'у, она обнаруживается въ обычномъ количествѣ какъ въ corium'ѣ, такъ и въ стѣнкахъ нормальныхъ сосудовъ. Вся фиброзная соединительная ткань пронизана тоненькими эластическими волокнами, а кое-гдѣ видны скопленія и болѣе толстыхъ ея пучковъ. Въ стѣнкахъ полостей эластическихъ волоконъ не замѣтно. Въ утолщенныхъ и частью облитерованныхъ сосудахъ хорошо видна m. elastica externa, въ media же видны лишь тоненькія ея волокна.

Резюмируя сказанное, нужно признать, что въ данномъ случаѣ имѣется кавернозная гемангіома, диффузно распространявшаяся среди мышцъ языка.

Особенностями изслѣдованной опухоли является, помимо ея рѣдкой локализаціи, диффузное распространеніе

опухоли, отсутствіе перегородокъ между полостями, отсутствіе въ стѣнкахъ полостей упругой ткани и наличность обратнаго развитія отдѣльныхъ частей опухоли: тромбозъ полостей и прорастаніе ихъ плотной соединительною тканью. Въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ опухоли развитіе соединительной ткани обусловливаетъ дегенерацію и атрофію близлежащихъ мышечныхъ волоконъ. Причиной обратнаго развитія гемангіомы слѣдуетъ, повидимому, признать эндартеріитъ и облитерацію многихъ сосудовъ, благодаря чему токъ крови еще болѣе замедлился и питаніе нѣкоторыхъ участковъ опухоли сдѣлалось недостаточнымъ.

Что касается этіологіи даннаго пораженія, то приходится, не смотря на отсутствіе анамнестическихъ данныхъ, считать, что опухоль явилась послѣдствіемъ неправильнаго развитія зародышеваго сосудистаго участка. За такое предположеніе говоритъ, во-первыхъ, отмѣченная связь между широкими полостями и мелкими сосудами капиллярнаго типа, и во-вторыхъ, наличность отдѣльныхъ группъ новообразованныхъ прекапиллярныхъ сосудовъ, расположенныхъ около просвѣтовъ полостей. Значительное измѣненіе тока крови въ отдѣльныхъ синуозныхъ полостяхъ вызвало, вѣроятно, гипертрофію стѣнокъ и эндартеріитъ въ приводящихъ сосудахъ, что въ свою очередь, какъ мною указано выше, обусловило частичное запустѣніе опухоли.

СЛУЧАЙ XXXIV.

16. X. 1910 г. въ Г.Х.К.Н.У. поступила женщина 26 лѣтъ [1]). Въ лѣвой верхней конечности въ области musc. tricipitis прощупывалась гладкая, шаровидная, величиною съ волошскій орѣхъ, опухоль. Она казалась лежащей ближе къ кости, была довольно плотна и при надавливаніи „распластывалась“. Окончательнаго распознаванія до операціи сдѣлать не удалось; предполагалась neuroma. 26. X. 1910 г. произведено кровавое удаленіе опухоли, оказавшейся сосудистымъ новообразованіемъ, заложеннымъ въ толщѣ трехглавой мышцы лѣваго плеча. Діагнозъ: angioma humeri sinistri. Выздоровленіе.

---

[1]) Свѣдѣнія изъ исторіи болѣзни были мнѣ любезно сообщены ординаторомъ клиники, д-ромъ *С. С. Станчевымъ*, которому я за это приношу свою благодарность.

Въ П.А.И.Н.У. д-ромъ *С. С. Станчевымъ* былъ доставленъ для изслѣдованія препаратъ удаленной опухоли, середина которой предварительно уже была вырѣзана.

Макроскопически были замѣтны обрывки мышцъ, въ нѣкоторыхъ выдѣлялись небольшіе темнокрасные участки неправильнаго очертанія. Изъ разныхъ мѣстъ препарата мною были вырѣзаны кусочки, числомъ шесть, и залиты въ целлоидинъ.

Оставшіеся куски были возвращены въ клинику.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи въ четырехъ кусочкахъ не удалось найти признаковъ новообразованія. Имѣется лишь атрофія и дегенерація нѣкоторыхъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ, а также набуханіе эндотелія мелкихъ сосудовъ. Въ срѣзахъ изъ двухъ кусочковъ найдены элементы новообразованія: среди поперечно-полосатыхъ мышцъ и среди жира видны широкія полости, сообщающіяся между собою. Форма полостей различна, стѣнки нѣкоторыхъ изъ нихъ очень извилисты. Встрѣчаются полости, стѣнки которыхъ очень тонки и состоятъ изъ немногочисленныхъ пучковъ рыхлой соединительной ткани, выстланной со стороны просвѣта полостей однослойнымъ, сочнымъ эндотеліемъ. Подобныя полости видны около мышечныхъ волоконъ и среди жировой ткани. Большинство же полостей заложено среди чрезвычайно широкаго слоя плотной, мѣстами гіалиново перерожденной соединительной ткани, содержащей иногда въ большомъ количествѣ гладкія мышечныя волокна. Эти полости также выстланы очень сочнымъ, почти кубическимъ, эндотеліемъ. Кое-гдѣ послѣдній непосредственно покрываетъ гладкія мышечныя клѣтки, располагающіяся здѣсь въ различныхъ направленіяхъ. Въ перегородкахъ, представляющихся иногда въ видѣ довольно широкихъ тяжей, видны небольшіе сосуды, а также довольно часто крупные нервные пучки, составляющіе иногда главную составную часть подобныхъ тяжей. Содержимое въ нѣкоторыхъ полостяхъ частью выпало, въ другихъ состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ, наконецъ, въ третьихъ полостяхъ имѣются тромбы въ стадіи организаціи. Попадающіяся волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ замѣтно атрофированы, нѣкоторыя изъ нихъ гомогенны и сильнѣе окрашиваются эозиномъ (коагуляціонный некрозъ). Кое-гдѣ по окружности полостей видны кровоизліянія. Среди полостей въ межмышечной соединительной и жировой ткани кромѣ нервныхъ пучковъ находятся еще многочисленные кровеносные сосуды средняго калибра. Кромѣ того замѣчается круглоклѣточный инфильтратъ, расположенный преимущественно по окружности мелкихъ артерій. Эндотелій этихъ артерій набухъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ описанныхъ полостей видно неравномѣрное количество эластическихъ волоконъ: въ нѣкоторыхъ стѣнкахъ ихъ много, въ другихъ мало.

Особенностями описаннаго случая являются: во-первыхъ, своеобразное строеніе полостей и ихъ стѣнокъ (раз-

личная толщина стѣнокъ, присутствіе мѣстами въ стѣнкахъ гладкихъ мышцъ, извилистость полостей), во-вторыхъ, наличность въ опухоли большого количества нервныхъ пучковъ и, наконецъ, въ третьихъ, необычная локализація опухоли.

Хотя микроскопическому изслѣдованію въ пат.-анат. инст. подверглись лишь остатки опухоли (повидимому, периферическіе отдѣлы ея), тѣмъ не менѣе можно было на основаніи этого изслѣдованія подтвердить макроскопическій діагнозъ — haemangioma cavernosum regionis musculi tricipitis. Въ изслѣдованныхъ кусочкахъ кавернозныя полости располагались какъ среди поперечно-полосатыхъ мышцъ, несомнѣнно, сдавливаемыхъ ими, такъ и среди жировой и рыхлой соединительной ткани.

Въ виду наличности во многихъ стѣнкахъ полостей гладкой мышечной ткани, опухоль можетъ явиться представительницей венознаго типа сосудистыхъ новообразованій, выдѣленнаго нѣкоторыми авторами (*Muscatello*[1]) и др., (см. стр. 215).

Какъ атипичность строенія стѣнокъ, такъ и локализація новообразованія въ мышцѣ верхней конечности указываютъ съ большой вѣроятностью на зародышевое происхожденіе данной опухоли. Тутъ же возникаетъ вопросъ, является ли встрѣчающійся среди кавернозныхъ полостей и мышечныхъ пучковъ жиръ обычною составною частью межмышечныхъ соединительнотканныхъ прослоекъ, или также ненормальнымъ зародышевымъ включеніемъ? Рѣшить этотъ вопросъ представляется очень затруднительнымъ, особенно въ виду неполноты произведеннаго изслѣдованія (изслѣдована лишь небольшая часть опухоли). Наконецъ, отмѣчу, что по заявленію авторовъ (*Петрова*,[2]) и др.[3]), наличность нервныхъ пучковъ въ сосудистыхъ опухоляхъ иногда обусловливаетъ сильнѣйшія болевыя ощущенія въ послѣднихъ.

---

1) *Muscatello*. Über das primäre Angiom der willkürlichen Muskeln. V. A. 1894. 135/2. p. 277—291.

2) *Петровъ*. Ангіомы произвольныхъ мышцъ. Отд. оттискъ изъ трудовъ клин. проф. Оппеля. 1910. I. p. 16.

3) см. стр. 223.

Въ исторіи болѣзни даннаго случая не имѣется указаній на такія болевыя ощущенія.

СЛУЧАЙ XXXV.

30. XI. 1910 г. въ П.А.И.Н.У. д-ромъ *В. П. Снѣжковымъ* была доставлена для изслѣдованія опухоль, удаленная изъ толщи лѣвой прямой мышцы бедра у рядового 14-го стрѣлковаго полка, 22 лѣтъ.

Изъ предоставленной институту копіи исторіи болѣзни [1]) представляютъ интересъ слѣдующія дополнительныя свѣдѣнія.

Больной 14. XI. 1910 г. поступилъ во внутреннее отдѣленіе Одесскаго Военнаго Госпиталя съ явленіями хроническаго бронхита. Кромѣ того онъ жаловался на боли и припухлость въ области лѣваго бедра. Изъ анамнеза выясняется, что въ дѣтствѣ больного толкнулъ братъ, отъ чего первый упалъ, ударился переднею поверхностью бедра о землю и съ тѣхъ поръ въ этомъ мѣстѣ чувствуетъ боль. Приблизительно въ 1900 году больной впервые замѣтилъ опухоль, величиною съ орѣхъ, въ области нижней трети лѣваго бедра, сейчасъ же надъ колѣномъ. Черезъ нѣкоторое время онъ будто бы замѣтилъ вторую опухоль, нѣсколько выше первой. Обѣ опухоли были болѣзненны, особенно во время ходьбы и при сгибаніи колѣна. Незадолго до поступленія въ госпиталь больной опять ушибъ лѣвое бедро въ области опухоли.

При объективномъ изслѣдованіи больного въ стоячемъ положеніи на передней поверхности лѣваго бедра, на 5 cm. выше колѣнной чашки, найденъ выступъ. При движеніяхъ отмѣчается значительное пониженіе функціи разгибателей лѣваго бедра. Предположенъ отрывъ прикрѣпленія четырехъ-главой мышцы отъ надколѣнной чашки. 21. XI. 1910 г. больной переведенъ въ хирургическое отдѣленіе и 24. XI. подъ мѣстной анэстэзіей ему была произведена операція. Разрѣзомъ въ области нижней трети лѣваго бедра въ толщѣ прямой мышцы бедра обнаружена опухоль, при вылущеніи оказавшаяся ангіомой, окруженной рубцовой капсулой. Опухоль была спаяна съ нижнимъ сухожиліемъ прямой мышцы, которая была атрофирована. Діагнозъ: angioma femoris sin. Послѣопераціонное теченіе гладкое.

Опухоль была доставлена въ П.А.И.Н.У. въ видѣ одного куска продолговато-яйцевидной формы. По ея окружности видны отдѣльные пучки мышцъ и много плотной жировой ткани. Длина опухоли, фиксированной въ формалинѣ, около 5 cm., высота 2 cm., ширина до 3,5 cm. Опухоль перпендикулярно къ длинной оси разрѣзана на 10 параллельныхъ ломтей. На разрѣзахъ видно, что опухоль состоитъ, во-первыхъ, изъ жировыхъ долекъ, раздѣленныхъ соединительноткан-

---

[1]) За предоставленіе мнѣ копіи исторіи болѣзни приношу д-ру *В. П. Снѣжкову* свою благодарность.

ными перегородками, во-вторыхъ, изъ мышечныхъ пучковъ, расположенныхъ главнымъ образомъ по периферіи опухоли, въ третьихъ, изъ самостоятельныхъ плотныхъ соединительнотканныхъ тяжей и, наконецъ, въ четвертыхъ, изъ ряда правильно ограниченныхъ, темно-красныхъ участковъ различной величины, въ серединѣ которыхъ иногда замѣтны зіяющіе просвѣты сосудовъ различнаго калибра. Кромѣ того различаются и самостоятельно идущіе сосуды, изъ которыхъ нѣкоторые значительныхъ размѣровъ. Капсулы не найдено.

Для микроскопическаго изслѣдованія залито въ целлоидинъ 4 ломтя изъ различныхъ мѣстъ опухоли [1]).

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказывается, что въ однихъ мѣстахъ опухоли преобладаетъ мышечная ткань то поперечно-полосатая, то гладкая, въ другихъ жировая, въ третьихъ плотная, часто гіалиновая соединительная ткань. Среди всѣхъ этихъ видовъ тканей видны группы полостей, наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ преимущественно тонкими соединительнотканными перегородками. Особой капсулы нѣтъ какъ вокругъ всего препарата, такъ и по окружности группъ полостей (см. *табл. VII, рис. 26*).

Поперечно-полосатыя мышечныя волокна, перерѣзанныя большею частью въ поперечномъ направленіи, болѣе всего замѣтны въ периферическихъ частяхъ опухоли. Многія волокна представляются атрофированными: они уменьшены въ діаметрѣ, ихъ исчерченности не видно, ихъ ядра или плохо окрашиваются, или же они размножились, при чемъ получается развитіе гигантскихъ клѣтокъ. Кое-гдѣ видно, какъ отдѣльныя мышечныя волокна находятся среди плотныхъ гіалиновыхъ соединительнотканныхъ тяжей. Во многихъ мѣстахъ среди атрофированныхъ мышцъ замѣтно необычно значительное развитіе жировой ткани. Наконецъ, отдѣльныя поперечно-полосатыя волокна или группы ихъ встрѣчаются среди полостей какъ въ перегородкахъ между полостями (см. *табл. VII, рис. 27*), такъ и подъ эндотеліемъ стѣнокъ полостей.

Гладкая мышечная ткань встрѣчается въ чрезвычайно большомъ количествѣ, то въ видѣ идущихъ въ различныхъ направленіяхъ пучковъ, соединяющихся на разрѣзѣ въ самостоятельные узлы, иногда очень значительной величины (по виду напоминая лейоміому), то въ видѣ отдѣльныхъ волоконъ, находящихся среди гіалиновой соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ гладкія мышечныя волокна на ограниченномъ пространствѣ входятъ въ составъ стѣнокъ полостей и перегородокъ между ними и даже вшнчиваются въ просвѣтъ ихъ. Нѣкоторыя гладкія мышечныя волокна, находящіяся среди гіалино-

---

[1]) Микроскопическій анализъ и рисунки этой опухоли, помѣщенные въ статьѣ д-ра *А. Ф. Бердяева*: „Къ вопросу объ ангіомахъ произвольныхъ мышцъ“. Военно-медиц. Журналъ. 1911. CCXXX. p. 243, сдѣланы на основаніи микроскопическихъ препаратовъ, которые были предоставлены пат.-анат. институтомъ автору этой статьи.

вой межуточной ткани очень ярко окрашиваются эозиномъ и имѣютъ гомогенный видъ; ядра ихъ интенсивно окрашиваются гематоксилиномъ. Большая часть гладко-мышечныхъ пучковъ представляется совершенно самостоятельною и, видимо, не находится въ непосредственной связи съ мышечной оболочкой сосудистыхъ стѣнокъ. Нѣкоторые пучки, однако, находятся въ непосредственной связи со стѣнками сосудовъ, исходя изъ нихъ.

Жировая ткань въ однихъ мѣстахъ опухоли занимаетъ значительное пространство, располагаясь въ видѣ долекъ, отграниченныхъ одна отъ другой соединительнотканными тяжами. Въ другихъ мѣстахъ она количественно отступаетъ на второй планъ и встрѣчается въ видѣ группъ жировыхъ клѣтокъ среди мышечной и соединительной ткани. Особенно много жировой ткани среди поперечно-полосатыхъ мышцъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она имѣетъ характеръ самостоятельной, новообразованной ткани.

Волокнистая соединительная ткань, во-первыхъ, окружаетъ жировую, образуя тяжи между ея дольками; во-вторыхъ, располагается между гладкими мышечными пучками въ видѣ гіалиново перерожденныхъ пучковъ; въ третьихъ, образуетъ стѣнки (и перегородки) кавернозныхъ полостей и, наконецъ, въ четвертыхъ, открывается въ разныхъ мѣстахъ опухоли въ видѣ то волокнистыхъ, то гомогенныхъ гіалиновыхъ, самостоятельныхъ тяжей. Кое-гдѣ въ соединительной ткани видны свѣжія кровоизліянія, скопленія большого количества бураго аморфнаго пигмента (гемосидерина), участки круглоклѣточнаго инфильтрата и много эозинофиловъ. Кромѣ того отмѣчается увеличенное количество лимфатическихъ щелей, около которыхъ имѣются довольно многочисленныя, рѣзко ограниченныя скопленія лимфоцитовъ съ характеромъ лимфоидныхъ узелковъ. Найдены также лимфатическія полости, закупоренныя лимфоцитами.

Среди всѣхъ указанныхъ выше тканей расположены многочисленныя полости, довольно значительныхъ размѣровъ (до 90 μ въ діаметрѣ), сообщающіяся между собою и наполненныя красными кровяными шариками съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Перегородки между полостями преимущественно тонкія—около 10—12 μ. въ діаметрѣ, но встрѣчаются какъ еще болѣе истонченныя, сходящія мѣстами на нѣтъ, такъ и болѣе толстыя, толщиною до 36 μ. и больше. Стѣнки полостей выстланы эндотеліемъ и состоятъ изъ соединительной ткани. Въ составъ ихъ также входятъ гладкія и поперечно-полосатыя мышечныя волокна, нервныя волокна, (см *табл. VII., рис. 28*), сосуды и, иногда, жировыя клѣтки. Полости расположились преимущественно въ видѣ группъ, при чемъ видно какъ перегородки мѣстами истончены, а мѣстами совершенно исчезли, благодаря чему полости сообщаются между собою. Иногда встрѣчаются и отдѣльныя полости, наполненныя кровью съ такимъ же строеніемъ стѣнокъ, какъ и расположенныя группами. Крайне интересно, что въ стѣнкахъ нѣкоторыхъ большихъ венъ также имѣются полости, наполненныя кровью. Такія тонкостѣнныя полости, раздвигая мышцы и упругія волокна стѣнокъ венъ, располагаются кон-

центрически и врастаютъ также въ адвентицію. Нѣкоторыя изъ нихъ сообщаются съ просвѣтомъ венъ при посредствѣ узкихъ щелей, также выстланныхъ эндотеліемъ. Кромѣ тонкостѣнныхъ полостей въ стѣнкахъ большихъ сосудовъ встрѣчаются еще щелевидныя полости, видимо, спавшіяся и съ очень мощными стѣнками.

Эластическая ткань (при окраскѣ по Weigert'у и по Dürck-Weigert'у), видна въ описываемой опухоли въ большомъ количествѣ, но распредѣлена неравномѣрно: въ перегородкахъ и стѣнкахъ она встрѣчается въ видѣ тоненькихъ волоконецъ, которыхъ особенно много по окружности тѣхъ полостей, которыя расположены въ стѣнкѣ большихъ сосудовъ (венъ).

Во всѣхъ срѣзахъ видны большого калибра сосуды, при чемъ многіе съ рѣзко утолщенными стѣнками, даже до закрытія просвѣта. Въ одномъ большомъ сосудѣ найденъ организующійся тромбъ.

На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія можно было подтвердить клиническій діагнозъ и признать, что здѣсь была кавернозная гемангіома поперечно-полосатыхъ мышцъ (прямой мышцы бедра), но не въ чистой формѣ, а въ видѣ сложной опухоли. На послѣднее обстоятельство указываетъ: во-первыхъ, наличность самостоятельныхъ, несомнѣнно, новообразованныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, иногда въ видѣ очень большихъ скопленій, съ характеромъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ лейоміомъ и, во-вторыхъ, наличность скопленій лимфоцитовъ съ характеромъ лимфомъ въ связи съ новообразованіемъ лимфатическихъ щелей. Столь значительное разрастаніе отдѣльныхъ тканей говоритъ въ пользу ихъ излишней закладки, которая, по всей вѣроятности, эмбріональнаго происхожденія. Встрѣчающіеся въ опухоли самостоятельные участки гладкой мышечной ткани (съ характеромъ лейоміомъ) находятся, вѣроятно, въ генетической связи со стѣнками большихъ сосудовъ и получили, надо думать, свое начало вслѣдствіе избыточной и неправильной закладки гладкихъ мышечныхъ элементовъ сосудистой стѣнки. Часть этихъ элементовъ осталась въ связи съ неправильно разросшимися сосудами и приняла участіе въ построеніи стѣнокъ кавернозныхъ полостей; бо́льшая же ихъ часть разрослась, повидимому, совершенно самостоятельно, въ видѣ отдѣльнаго гладко-мышечнаго новообразованія. Локализація части кавернозныхъ полостей въ стѣнкахъ большихъ венъ и концентрическое ихъ расположеніе къ просвѣту послѣднихъ, говоритъ, повиди-

мому, въ пользу происхожденія этихъ полостей изъ неправильно и излишне заложенныхъ vasa vasorum.

Разрастаніе жировой ткани среди мышцъ и измѣненія въ поперечно-полосатыхъ мышцахъ — явленія вторичныя: подъ вліяніемъ сдавленія гемангіомой наступаетъ атрофія мышцъ и разрастаніе жира ex vacuo.

Кровоизліянія и пигментъ кровероднаго происхожденія являются слѣдствіемъ разрывовъ полостей, которые произошли, судя по анамнестическимъ даннымъ, отъ повторныхъ ушибовъ. Частыя травмы повлекли за собой также воспалительныя явленія (круглоклѣточный инфильтратъ). Мѣстами инфильтрація наиболѣе замѣтна по окружности небольшихъ сосудовъ, которые представляютъ явленія эндартеріита. Послѣдній также вызывается, по всей вѣроятности, значительнымъ измѣненіемъ кровяного давленія въ сосудистой опухоли и въ приводящихъ сосудахъ. Отмѣчу, что послѣдняго взгляда держался *Thoma*.

Особенностью приведеннаго случая являются: во-первыхъ, сравнительно рѣдкая локализація кавернознозной гемонгіомы въ произвольныхъ мышцахъ; во-вторыхъ, смѣшанный характеръ новообразованія (разрастаніе сосудистой и гладко-мышечной ткани); въ третьихъ, атрофія поперечно-полосатыхъ мышцъ подъ вліяніемъ разрастанія гемангіомы и развитіе жировой ткани и, наконецъ, въ четвертыхъ, вѣроятное происхожденіе отдѣльныхъ участковъ опухоли изъ неправильно заложенныхъ зачатковъ vasa vasorum венъ.

Всего мною изслѣдовано три случая *гемангіомъ произвольныхъ мышцъ*: одна опухоль языка, одна трехглавой мышцы плеча и одна прямой мышцы бедра. Въ первомъ случаѣ (XXXIII) о возрастѣ и полѣ больного, у котораго была удалена гемангіома языка, ничего неизвѣстно, въ двухъ же другихъ случаяхъ опухоли были удалены у женщины 26 лѣтъ и у мужчины 22 лѣтъ. Въ случаѣ XXXV опухоль существовала съ дѣтства и впервые была замѣчена послѣ травмы. Величина опухолей была небольшая. При микроскопическомъ изслѣдованіи всѣ три опухоли оказались кавернозными гемангіомами. Строеніе кавернозныхъ полостей ока-

залось одинаковымъ: онѣ были выстланы плоскимъ однослойнымъ эндотеліемъ, кнаружи отъ котораго открывались слѣдующія ткани: волокнистая соединительная, гладкія и поперечно-полосатыя мышцы, а также нервныя волокна. Въ случаяхъ XXXIII и XXXIV кавернозныя полости располагались диффузно, а въ случаѣ XXXV какъ диффузно, такъ и группами. Соединительная ткань во всѣхъ трехъ опухоляхъ представлялась мѣстами гіалиново перерожденной—явленіе обратнаго развитія. На послѣднее указываетъ также наличность организующихся тромбовъ въ полостяхъ опухолей (сл. XXXIII и XXXIV). Поперечно-полосатыя мышцы по окружности опухолей представлялись сдавленными, атрофированными и перерожденными. На мѣстѣ исчезнувшихъ мышцъ были найдены въ одномъ случаѣ участки изъ жировыхъ клѣтокъ (сл. XXXV). Во всѣхъ трехъ изслѣдованныхъ гемангіомахъ имѣлась примѣсь гладкой мышечной ткани: въ случаяхъ XXXIII и XXXIV она открывалась главнымъ образомъ по окружности полостей, входя мѣстами въ составъ стѣнокъ послѣднихъ, въ случаѣ же XXXV гладкія мышцы открывались кромѣ того въ видѣ самостоятельныхъ участковъ, носившихъ характеръ лейоміомъ. Отмѣчены во всѣхъ случаяхъ кровоизліянія (свѣжія и старыя), воспалительныя явленія (круглоклѣточный инфильтратъ) и разрастаніе внутренней оболочки приводящихъ сосудовъ.

Что касается эластической ткани, то въ случаѣ XXXIII она въ стѣнкахъ полостей отсутствовала, въ случаѣ XXXIV мѣстами открывалась въ незначительномъ количествѣ, мѣстами—въ значительномъ, наконецъ, въ случаѣ XXXV отмѣчено обильное количество тонкихъ эластическихъ волоконецъ какъ въ стѣнкахъ полостей, расположенныхъ диффузно, такъ и въ перегородкахъ между полостями, расположенными группами. Только въ одномъ случаѣ (XXXV) были обнаружены лимфатическія щели и лимфоидные узелки, наличность которыхъ, по *Петрову*, въ гемангіомахъ мышцъ обычна и „имѣетъ отношеніе къ происхожденію сосудовъ и элементовъ крови“ [1]). Прямыхъ указаній на этіологію описанныхъ опухолей мнѣ не удалось найти. Однако, на основа-

[1]) *Петровъ*. l. c. p. 13.

ніи совокупности данныхъ изслѣдованія является наиболѣе вѣроятнымъ предположеніе о происхожденіи этихъ образованій изъ неправильно и избыточно заложенныхъ сосудистыхъ зачатковъ. Въ послѣднемъ случаѣ (XXXV) были найдены участки, въ которыхъ находились, какъ бы неправильно развившіяся vasa vasorum большихъ сосудовъ.

ГЛАВА XXIV.

Пищеводъ.

СЛУЧАЙ XXXVI.

Ж. 71 г. Кл. діагн. Colitis. Marasmus senilis. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 5. I. 1910 г. Пр. вскр. № 9.

Пат.-анат.діагн.: Emphysema et oedema pulmonum. Colitis ulcerosa chronica. Marasmus senilis.

Въ нижней трети пищевода были видны три отдѣльныхъ темносинихъ узелка, каждый величиной въ булавочную головку. Къ этимъ узелкамъ подходили небольшіе, наполненные кровью, венозные сосуды.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи, въ однихъ срѣзахъ въ подслизистомъ слоѣ пищевода были видны участки съ 1—2 расширенными просвѣтами венозныхъ сосудовъ, въ другихъ срѣзахъ на соотвѣтствующемъ предыдущимъ срѣзамъ участкѣ—нѣсколько широкихъ полостей, тѣсно расположенныхъ другъ около друга. На первый взглядъ картина напоминала кавернозную гемангіому. Было видно нѣсколько (4—6) расширенныхъ и наполненныхъ кровью полостей, раздѣленныхъ тонкими соединительнотканными перегородками съ примѣсью гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ. Полости представлялись неправильной формы и были выстланы однорояднымъ, но не вездѣ замѣтнымъ эндотеліемъ. Капсула отсутствовала. По близости этого образованія видны маленькіе сосуды капиллярнаго и артеріальнаго типа. Въ другихъ срѣзахъ, однако, между отдѣльными полостями была видна подслизистая ткань и ясно можно было замѣтить, что описанный выше кавернозный узелъ составился благодаря сближенію и сліянію нѣсколькихъ расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ, повидимому, венознаго характера.

Въ малыхъ сосудахъ во всѣхъ срѣзахъ виденъ рѣзкій эндартеріитъ.

На основаніи микроскопическаго изслѣдованія можно было придти къ заключенію, что въ данномъ случаѣ имѣло

мѣсто чрезмѣрное расширеніе венозныхъ сосудовъ ограниченнаго участка подслизистаго слоя пищевода, въ одномъ мѣстѣ симулировавшее кавернозную гемангіому.

СЛУЧАЙ XXXVII.

М. 67 л. Кл. діагн. Myocarditis. Pericarditis. Pneumonia. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 14. I. 1910 г. Пр. вскр. № 27.

Пат.-анат. діагн.: Myocarditis chronica. Pleuropneumonia lobaris sinistra. Oedema pulmonum et meningum.

Въ средней трети пищевода видны два узла, діаметромъ около 2—3 mm., расположенные рядомъ, темно-синяго цвѣта, выстоящіе надъ уровнемъ слизистой. На разрѣзѣ этихъ узловъ въ нихъ оказалась кровь, въ одномъ изъ узловъ—въ отдѣльныхъ полостяхъ.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что въ подслизистомъ слоѣ расположены въ рядъ нѣсколько полостей большого и малаго калибра, мѣстами раздвигающія гладкія мышечныя волокна. Большія полости наполнены фибринными тромбами, малыя—красными кровяными шариками съ значительной примѣсью бѣлыхъ. Стѣнки большихъ полостей совершенно гладки, очень тонки и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани; стѣнки меньшихъ полостей нѣсколько толще и среди соединительной ткани видны отдѣльныя гладкія мышечныя волокна. Всѣ полости выстланы однорядным эндотеліемъ. Въ подъэпителіальномъ слоѣ имѣется воспалительный инфильтратъ; кромѣ того отмѣчается нѣкоторое утолщеніе стѣнокъ мелкихъ сосудовъ, наконецъ, кое-гдѣ видны кровоизліянія, повидимому, изъ наполненныхъ кровью полостей.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, оказывается, что по периферіи полостей имѣется большое количество эластическихъ волоконъ, бо́льшее, чѣмъ въ остальной подслизистой ткани.

При первоначальномъ изслѣдованіи узелъ былъ діагносцированъ, какъ haemangioma cavernosum oesophagi. При болѣе, однако, подробномъ изученіи получился другой выводъ. Дѣло въ томъ, что почти всѣ полости, имѣющія различную величину, раздѣлены другъ отъ друга элементами подслизистаго слоя, въ предѣлахъ котораго онѣ строго локализируются и не обнаруживаютъ признаковъ роста. Особенно обращаетъ на себя вниманіе неравномѣрная величина полостей—двѣ большія и между ними нѣсколько очень малыхъ. Въ настоящихъ кавернозныхъ гемангіомахъ обычно большинство полостей приблизительно одинаковой величины и не замѣчается такой рѣзкой разницы въ величинѣ, какъ

въ данномъ случаѣ. Это относительное однообразіе величины отдѣльно расположенныхъ полостей особенно замѣтно въ диффузныхъ кавернозныхъ гемангіомахъ, къ которымъ только и можно было бы отнести описываемый случай. Между тѣмъ микроскопическая картина моихъ препаратовъ, какъ выше указано, отличается отъ той, какую находятъ при изслѣдованіи диффузной кавернозной гемангіомы: не та локализація, отсутствіе инфильтрирующаго роста и не та величина и строеніе отдѣльныхъ полостей. На основаніи сказаннаго, а также сходства даннаго случая съ подобными же другими, можно придти къ заключенію, что изслѣдованный узелъ есть ничто иное, какъ вены подслизистой, варикозно расширенныя въ опредѣленныхъ мѣстахъ.

СЛУЧАЙ XXXVIII.

Ж. 70 л. Кл. діагн.: Dysenteria ? Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 12. VI. 1910 г. Пр. вскр. № 179.

Пат.-анат. діагн.: Gastritis chronica. Enterocolitis acuta. Atrophia fusca myocardii. Atrophia senilis hepatis, renum et lienis. Sclerosis valvul. mitralis. Marasmus senilis.

Въ нижней трети пищевода имѣется небольшое темно-синее одиночное, рѣзко ограниченное пятно.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи найдено, что въ чрезвычайно отечной подслизистой ткани пищевода имѣются расширенные и извитые сосуды венознаго типа съ утолщенными стѣнками. На ограниченномъ мѣстѣ эти сосуды переходятъ въ нѣсколько (2—3) чрезвычайно широкихъ полостей, наполненныхъ кровью. Стѣнки этихъ полостей тонки и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани съ примѣсью гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ.

На основаніи микроскопической картины приходится признать, что здѣсь, на ограниченномъ пространствѣ подслизистаго слоя пищевода, произошло варикозное расширеніе предсуществовавшей вены.

СЛУЧАЙ XXXIX.

Ж. 55 л. Кл. діагн.: Hemiplegia. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 20. X. 1910 г.

Пат. анат. діагн.: Adipositas degeneratio parenchymatosa et atrophia fusca cordis. Sclerosis valvul. bicuspidalis et aortae. Hyperaemia venosa

et oedema pulmonum. Hepar moschatum. Hyperplasia lienis. Hemiplegia sin. inveterata. Marasmus. Arteriosclerosis universalis.

Въ верхней трети пищевода имѣется темно-синее пятно, величиной въ булавочную головку.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи найдено на ограниченномъ пространствѣ подслизистаго слоя пищевода три, а на иныхъ срѣзахъ двѣ расширенныя полости, изъ коихъ большая, видимо, получилась, путемъ сліянія двухъ смежныхъ и достигла величины 0,9×0,4 mm. Въ полостяхъ видна частью кровь, частью фибринные тромбы. Стѣнки полостей состоятъ изъ тонкой полосы соединительной ткани съ рѣдкими мышечными клѣтками. Во всѣхъ срѣзахъ сильное кровенаполненіе сосудовъ. Въ крупныхъ сосудахъ видно разрастаніе интимы и отложеніе извести.

Микроскопическая картина ясно показываетъ, что здѣсь мы имѣли дѣло лишь съ ограниченнымъ, такъ называемымъ варикознымъ расширеніемъ одной изъ подслизистыхъ венъ пищевода. Сильные застои крови у умершей, отмѣченные въ протоколѣ вскрытія, а также, можетъ быть, врожденная слабость стѣнки данной вены могли вызвать интересующій насъ патологическій процессъ въ пищеводѣ.

Патологическія измѣненія *пищевода*, симулировавшія гемангіомы, встрѣтились и были мною изслѣдованы четыре раза: у двухъ мужчинъ 67 и 71 года и у двухъ женщинъ 55 и 70 лѣтъ, т. е. всегда въ старческомъ возрастѣ. Женщина 55 лѣтъ была парализована и представляла всѣ признаки старческаго маразма.

Въ трехъ случаяхъ микроскопическая картина безъ труда установила принадлежность изслѣдованныхъ образованій къ варикознымъ расширеніямъ подслизистыхъ венъ пищевода; лишь въ одномъ случаѣ (XXXVII) діагнозъ и подъ микроскопомъ оказался спорнымъ. Только путемъ обстоятельнаго изученія препаратовъ мнѣ удалось выяснить, что и въ этомъ случаѣ, очень напоминавшемъ настоящую кавернозную гемангіому, имѣлось также лишь варикозное расширеніе венъ подслизистаго слоя пищевода.

ГЛАВА XXV.

Кишечникъ.

СЛУЧАЙ XL.

М. 47 л. (?) Клин. діагн.: Vulnus contusum nasi. Paralysis progressiva. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 24. I. 1909 г. Пр. вскр. № 32.

Пат.-анат. діагн.: Enterocolitis chronica catarrhalis. Emphysema pulmonum. Pleuritis fibrinosa. Gangraena pulmonum circumscripta. Leptomeningitis chronica productiva.

Въ верхнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ видны расположенные въ подслизистомъ слоѣ три участка въ видѣ пятенъ, приподнимающіе слизистую. Первое пятно расположено на разстояніи 16 cm., другое—39 cm., а третье—91 cm. отъ начала тонкой кишки. Форма ихъ круглая, границы не совсѣмъ рѣзко очерчены, діаметръ отъ 0,4—0,5 cm. По периферіи видно, какъ къ узламъ подходятъ 2—3 расширенныхъ, повидимому, венозныхъ сосуда.

Всѣ три пятна, а также подходящіе къ нимъ сосуды были вырѣзаны и подвергнуты микроскопическому изслѣдованію.

Строеніе пятенъ оказалось одинаковымъ. Слизистая кишки какъ надъ ними, такъ и вообще на всемъ протяженіи препаратовъ представляла картину хроническаго катарра. Въ подслизистой ткани видны большія полости, числомъ отъ двухъ до пяти-шести. Онѣ круглой формы, выстланы однимъ рядомъ эндотелія, имѣютъ соединительнотканную тонкую стѣнку, при чемъ кое-гдѣ иногда въ составъ послѣдней входятъ гладкія мышечныя волокна. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики и лейкоциты, а иногда нити фибрина и тромбы въ началѣ своего образованія. Въ однихъ срѣзахъ видны двѣ большія полости круглой формы и нѣсколько полостей значительно меньшаго калибра, въ другихъ одна полость большаго калибра и нѣсколько другихъ, постепенно уменьшающейся величины, въ третьихъ нѣсколько полостей, приблизительно одинаковаго калибра.

Кромѣ полостей видны расширенные и извитые венозные сосуды, подходящіе къ полостямъ. Мышечная стѣнка кишки особыхъ измѣненій не представляетъ, она лишь нѣсколько уплощена и отдавлена въ области расположенія большихъ полостей.

Такимъ образомъ, во всѣхъ просмотрѣнныхъ мной препаратахъ имѣлось измѣненіе въ подслизистой венозной системѣ, выразившееся въ необычномъ расширеніи и, повидимому, извитомъ, клубковидномъ состояніи одной или, быть можетъ, нѣсколькихъ венъ. На принадлежность описанныхъ измѣненій именно къ венозной системѣ указываетъ какъ наличность остатковъ отдѣльныхъ гладко-мышечныхъ клѣтокъ въ стѣнкахъ полостей, такъ и несомнѣнная связь полостей съ венозными сосудами подслизистой Лишь тѣ препараты, на которыхъ видно нѣсколько полостей, могли на первый взглядъ вызвать подозрѣніе относительно нахожденія небольшой кавернозной гемангіомы. Однако, сравненіе съ остальными срѣзами сейчасъ же опровергало подобное предположеніе.

СЛУЧАЙ XLI.

М. 57 л. Кл. діагн.: Typhus recurrens. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 2. III. 1909 г. Пр. вскр. № 107.

Пат.-анат. діагн.: Pleuritis adhaesiva bilateralis. Endocarditis chronica fibrosa. Hyperplasia lienis. Necroses miliares lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Hiperaemia meningum et cerebri. Typhus recurrens.

Въ верхнихъ и среднихъ отдѣлахъ тонкихъ кишекъ разсѣяны въ большомъ количествѣ ограниченные участки темно-синяго цвѣта, величиной съ горошину каждый, выступающіе надъ остальной поверхностью кишки. Печень умѣренной величины, края заострены. На разрѣзѣ ткань слегка мускатна. На поверхности небольшое темносинее пятно, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказавшееся кавернозной гемангіомой. Микроскопическому изслѣдованію было подвергнуто семь пятенъ, изъ коихъ 6 оказались по строенію похожими на образованія, описанныя въ случаѣ XL (см. стр. 755), а одно представляло нѣсколько иную картину.

Въ первыхъ шести пятнахъ подъ истонченной и представляющей трупныя измѣненія слизистой видна въ подслизистомъ слоѣ одна—двѣ очень большихъ круглой формы полости и нѣсколько сосудовъ капиллярнаго, артеріальнаго и венознаго типовъ. Въ нѣкоторыхъ срѣзахъ рядомъ съ большими полостями видно нѣсколько значительно меньшихъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ довольно значительной примѣсью бѣлыхъ, а во многихъ по-

лостяхъ имѣются фибринные тромбы. Полости выстланы однорядным эндотеліемъ. Стѣнки очень тонки и состоятъ изъ соединительной ткани, въ которой изрѣдка замѣтны гладкія мышечныя волокна. На нѣкоторыхъ срѣзахъ видно, какъ полость въ одномъ мѣстѣ съуживается и переходитъ въ, видимо, извитой сосудъ венознаго типа. Находящіяся вблизи описанныхъ полостей въ подслизистомъ слоѣ вены представляются значительно расширенными. Мышечная оболочка кишки подъ полостями нѣсколько истончена и отдавливается послѣдними.

Въ седьмомъ пятнѣ найдено нѣсколько большихъ полостей, приблизительно одинаковой величины, расположенныхъ близко другъ отъ друга и раздѣленныхъ лишь соединительнотканными перегородками, содержащими кое-гдѣ гладкія мышечныя клѣтки. Тутъ же видны отдѣльные сосуды артеріальнаго и венознаго типа. Особой капсулы вокругъ сосудистаго образованія не видно. Отношеніе этого узла къ отдѣльнымъ слоямъ кишечной стѣнки такое же, какъ и описанное выше для отдѣльныхъ узловъ. Полости выстланы также эндотеліемъ и наполнены кровью или тромбами. Кое-гдѣ перегородки разорваны.

Послѣдній узелъ отличается отъ шести первыхъ тѣмъ, что здѣсь на рядѣ срѣзовъ имѣется микроскопическая картина (группа кровеносныхъ полостей, раздѣленныхъ соединительнотканными перегородками и т. д.), признанная всѣми авторами типичной для кавернозной гемангіомы. Отсутствіе капсулы не говоритъ противъ кавернозной гемангіомы, такъ какъ для послѣдней капсула не является обязательной составной частью и вообще наблюдается не часто. Вотъ почему очень затруднительно высказаться относительно характера найденнаго образованія, тѣмъ болѣе, что въ данномъ случаѣ и въ печени микроскопически также была найдена кавернозная гемангіома. Однако, ясная связь съ окружающими венозными сосудами, наличность небольшого количества гладкихъ мышцъ въ перегородкахъ между полостями, указывающая на вѣроятное происхожденіе ихъ изъ растянутыхъ стѣнокъ небольшихъ венъ, значительное сходство полостей съ найденными въ томъ же отрѣзѣ кишки несомнѣнными расширеніями венъ, и, наконецъ, отсутствіе всякихъ признаковъ роста (*Borst*) — даютъ мнѣ основаніе высказать предположеніе, что и послѣдній узелъ не представляетъ собою новообразованія. Онъ явился, очевидно, результатомъ расширенія и клубковиднаго состоянія одной или нѣсколькихъ подслизистыхъ венъ тонкой кишки, но только въ болѣе значительной степени своего развитія, чѣмъ первые шесть узловъ.

СЛУЧАЙ XLII.

М. 90 л. Кл. діагн.: Marasmus senilis. Morbus Addisonii (?). Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.). 17. VI. 1909 г. Пр. вскр. № 213.

Пат.-анат. діагн.: Tuberculosis lobi superioris pulmonis dextri localisata. Tuberculosis pleurae dextrae. Tuberculosis glandularum bronchial. et trachealium. Arteriosclerosis universalis. Insufficientia v. bicuspidalis. Hypertrophia et dilatatio cordis. Sclerosis valv. omnium. Degeneratio myxomatodes epicardii. Sclerosis myocardii. Atrophia hepatis, renum, glandul. suprarenalium, pancreatis et tractus intestinalis.

Печень значительно уменьшена, застойна. Слизистая кишекъ атрофирована, блѣдна. На слизистой тонкихъ кишекъ въ верхей ихъ трети видны темные узлы, величиною съ конопляное зерно, нѣкоторые изъ нихъ выступаютъ надъ поверхностью слизистой. Къ этимъ узламъ подходятъ по одному или по два извитыхъ, ясно видныхъ, сосуда.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись четыре узла, при чемъ оказалось, что всѣ они состоятъ изъ чрезвычайно расширеннаго большого венознаго сосуда (діаметры 1,4 mm. × 0,4 mm. въ одномъ узлѣ и 0,9 mm. × 0,5 mm. въ другомъ узлѣ). Локализація въ подслизистомъ слоѣ такая же, какъ въ случаяхъ XL и XLI. Въ одномъ изъ узловъ стѣнка большой полости прорвалась и въ окружающей ткани виденъ значительнаго размѣра участокъ свѣжаго кровоизліянія.

Слѣдовательно, всѣ четыре узла представляютъ собой одиночное, мѣстное, значительнаго размѣра расширеніе венознаго сосуда—varix.

СЛУЧАЙ XLIII.

М. 40 л. Кл. діагн.: Pneumonia apicis dextri. Psychosis. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.). 15. IX. 1909 г. Пр. вскр. № 286.

Пат.-анат. діагн.: Phtisis fibrosa tuberculosa. Tuberculosis miliaris pulmonum. Meningitis basilaris tuberculosa. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Dilatatio cordis.

Въ верхнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ находятся свыше тридцати ярко-красныхъ образованій, выдающихся надъ поверхностью слизистой, величиной отъ булавочной головки до 3-4 mm. въ діаметрѣ. Расположены эти образованія то отдѣльно, то по нѣсколько вмѣстѣ. Къ нимъ подходятъ извилистые сосуды числомъ отъ одного до пяти, располагающіеся какъ бы по радіусамъ.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись три узла.

Одинъ изъ узловъ состоитъ только изъ нѣсколькихъ, равномѣрно расширенныхъ сосудовъ венознаго типа и обычнаго вида.

Другой узелъ представляется въ видѣ одной большой круглой полости, окруженной тоненькою соединительнотканной стѣнкой, въ которой кое-гдѣ видны остатки гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Діа-

метръ полости свыше 2 mm. Содержимое состоитъ изъ крови, а въ центрѣ полости изъ тромба (нити фибрина и бѣлые кровяные шарики). Полость находится въ подслизистой области и выпячиваетъ какъ слизистую, такъ и мышечную стѣнку кишки. Мышечная оболочка сильно истончена, особенно внутренній ея слой. Рядомъ съ большой полостью, непосредственно гранича съ нею, имѣется значительно меньшая, шириною въ 0,18 mm., съ ясной мышечной стѣнкой. Это расширенная и вдоль разрѣзанная вена.

Третій узелъ состоитъ изъ группы полостей—четырехъ или пяти большихъ и нѣсколькихъ маленькихъ и расположенныхъ настолько близко другъ отъ друга, что стѣнки ихъ сливаются и образуютъ какъ бы перегородки между полостями. Кое-гдѣ въ такихъ перегородкахъ видны остатки мышечныхъ волоконъ, хотя главную составную ихъ часть представляетъ собой соединительная ткань. Среди полостей видны отдѣльные небольшіе артеріальные сосуды. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики со значительною примѣсью бѣлыхъ. Въ наибольшей полости имѣется тромбъ, состоящій изъ слоевъ фибрина и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Капсулы не видно. Узелъ, какъ и вышеописанные, расположенъ въ подслизистомъ слоѣ тонкой кишки и выпячиваетъ слизистую и, особенно, мышечную оболочку. Сосуды подслизистаго слоя около всѣхъ трехъ узловъ растянуты кровью.

Несомнѣнно, что изслѣдованные узлы представляютъ собой лишь различныя стадіи одного и того же процесса: въ первомъ видны лишь расширенныя вены, во второмъ—мѣшковидное выпячиваніе одного сосуда, въ третьемъ отмѣчаются расширенія и извилистости по ходу одной или нѣсколькихъ венъ. Микроскопическая картина третьяго узла напоминаетъ кавернозную гемангіому, однако на основаніи соображеній, высказанныхъ по поводу случаевъ XL и XLI, я и здѣсь считаю имѣющіяся измѣненія пассивнаго характера, именно на почвѣ застоя и неправильныхъ изгибовъ одного или нѣсколькихъ венозныхъ стволовъ.

СЛУЧАЙ XLIV.

М. 69 л. Кл. діагн.: Cancer maxillae inferioris. Умеръ въ Ф.Х.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 4. XII. 1909 г. Пр. вскр. № 41/348. Вскрывалъ д-ръ *Корнманъ*.

Пат.-анат. діагн.: Status post operationem (resectio maxillae infer.). Pleuropneumonia et gangraena lobi inferioris pulmonis dextri. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum.

Въ тонкихъ кишкахъ, особенно въ верхнихъ отдѣлахъ, многочисленные узелки темно-синяго цвѣта, величиною до мелкой горошин-

ны, выдающіеся надъ уровнемъ слизистой. Въ оставленныхъ для изслѣдованія четырехъ отрѣзкахъ кишки, въ которыхъ имѣлось наибольшее число узелковъ, я насчиталъ: въ первомъ отрѣзкѣ — 14, во второмъ—12 и въ третьемъ и четвертомъ по 6 узелковъ. Всего 38 узелковъ.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись шесть узелковъ. Въ трехъ изъ нихъ найдены лишь расширенія одного большого венознаго сосуда въ подслизистомъ слоѣ; въ остальныхъ оказались болѣе значительныя измѣненія.

Одинъ изъ узловъ состоялъ изъ двухъ полостей, представляющихъ собой чрезвычайно расширенные венозные сосуды подслизистаго слоя. На одномъ препаратѣ перегородка между обѣими полостями разорвана и имѣется между ними сообщеніе (діаметры каждой полости приблизительно одинаковы: 0,7—0,8 mm. X 0,45 mm.). Полости занимаютъ на ограниченномъ пространствѣ весь подслизистый слой и отдавливаютъ слизистую и мышечную оболочки стѣнки кишки, при чемъ обѣ онѣ представляются сильно истонченными.

Другой узелъ представляетъ ту же картину, что и предыдущій. На однихъ срѣзахъ видны двѣ, рядомъ расположенныя полости, на другихъ—одна большая, занимающая мѣсто обѣихъ (діаметры большой полости: 1,45 mm. X 0,90 mm.). Малыя полости тождественны описаннымъ выше.

Въ третьемъ узлѣ отмѣчаются наиболѣе значительныя измѣненія. Видны три большія полости (наибольшіе діаметры 2,6 mm. и 1,4 mm.) и нѣсколько маленькихъ. Двѣ большія полости на срѣзахъ представляются круглыми, одна же сплющенная. Всѣ онѣ сообщаются между собою черезъ дефекты перегородокъ. Полости содержатъ кровь и фибринные тромбы. Выстланы онѣ эндотеліемъ. Стѣнки ихъ состоятъ изъ соединительной ткани съ примѣсью небольшого количества гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ. Общей капсулы не видно. Полости занимаютъ подслизистый слой кишки, сильно отдавливая очень истонченныя въ этомъ мѣстѣ слизистую и мышечныя оболочки кишки.

На основаніи данныхъ изслѣдованія я и здѣсь, какъ въ предыдущихъ случаяхъ, прихожу къ заключенію, что образованія, симулировавшія гемангіомы, представляли собой расширенія венъ подслизистаго слоя тонкихъ кишекъ.

СЛУЧАЙ XLV.

Ж. 84 л. Кл. діагн.: Contusio faciei. Residua lues III. Colitis chronica. Marasmus senilis. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 14. I. 1910 г. Пр. вскр. № 31.

Пат.-анат. діагн.: Syphilis inveterata. Fungus durae matris. Teratoma ovarii sin. Colitis ulcerosa chronica. Marasmus.

Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкой кишки видно небольшое круглое плотное образованіе, выступающее надъ уровнемъ слизистой, состоя-

щее изъ двухъ какъ бы спаянныхъ узелковъ, къ которымъ подходитъ небольшой, ясно видный, наполненный кровью, сосудъ, на разстояніи около 0,5 cm. отъ упомянутаго образованія, раздѣляющійся на двѣ вѣтви.

На разстояніи около 1,5 cm. отъ описаннаго образованія находится маленькая, ярко красная точка.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи перваго узла оказалось, что онъ представляетъ изъ себя одну большую круглую полость, діаметромъ около 2 mm., выполненную круглымъ слоистымъ тромбомъ, состоящимъ изъ фибрина и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. По периферіи тромба въ просвѣтѣ сосуда кое-гдѣ видны хорошо сохранившіе свою форму эритроциты со значительной примѣсью лейкоцитовъ. Стѣнка полости, занимающей подслизистый слой и отдавливающей слизистую и мышечную оболочки кишки, состоитъ изъ тоненькой полосы соединительной ткани, выстланной изнутри эндотеліемъ. Слизистая оболочка кишки некротизована и надъ полостью рѣзко истончена. Мышечная оболочка кишки надъ полостью истончена, растянута и на нѣкоторыхъ препаратахъ замѣщена соединительнотканными прослойками. Въ подслизистой ткани въ окружности полости видны сосуды артеріальнаго и, въ меньшемъ количествѣ, венознаго типа, а также нѣсколько увеличенное количество жировыхъ клѣтокъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи небольшой вышеупомянутой красной точки, въ подслизистомъ слоѣ кишки видно нѣсколько артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ. Одна изъ венъ представляется очень широкой, но спавшейся (діаметръ венознаго просвѣта 0,67 mm. × × 0,39 mm). Стѣнка этой вены, шириной въ среднемъ около 39 μ., состоитъ изъ соединительной ткани съ отдѣльно заложенными гладкими мышечными волокнами и выстлана эндотеліемъ. Содержимое полости частью выпало, частью представляется въ видѣ небольшого фибриннаго тромба.

Слизистая оболочка кишки на всемъ протяженіи срѣзовъ некротизована. Мышечная оболочка рѣзко обрывается въ области скопленія сосудовъ и расширенной вены.

Въ то время, какъ первый узелъ оказался типичнымъ варикознымъ расширеніемъ (varix) подслизистой вены кишки, почти сплошь выполненнымъ тромбомъ, второе образованіе, по всей вѣроятности, представляетъ собой лишь начальную стадію подобнаго процесса. Мы видимъ среди сосудовъ обычнаго калибра немного спавшуюся, но тѣмъ не менѣе чрезвычайно широкую вену, съ, видимо, истонченной стѣнкой, въ которой кровообращеніе было, очевидно, нѣсколько замедлено. Въ случаѣ дальнѣйшаго расширенія полости и истонченія стѣнки получилось бы, вѣроятно, образованіе, сходное съ первымъ узломъ, найденнымъ въ томъ же случаѣ.

СЛУЧАЙ XLVI.

М. 56 л. Кл. діагн.: Coxitis dextra chronica. Pleuritis sicca sinistra. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.П.П.У.) 5. III. 1910 г. Пр. вскр. № 95 (см. протокольную книгу П.А.К.С.Г.Б.).

Пат.-анат. діагн.: Pneumonia tuberculosa et pleuritis adhaesiva chronica bilateralis. Sclerosis valvulae mitralis. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Hepar moschatum. Atrophia fusca hepatis. Degeneratio colloidea gland. thyreoideae. Coxitis tuberculosa dextra. Pachymeningitis chronica adhaesiva. Hyperplasia lienis. Marasmus.

Въ тонкой кишкѣ, на разстояніи около 1½ аршина отъ слѣпой, найденъ темносиній узелъ, возвышающійся надъ уровнемъ кишки, величиной съ чечевицу, плотный на ощупь. Къ нему съ различныхъ сторонъ подходятъ наполненные кровью разнаго калибра сосуды. Недалеко отъ этого узла находилось небольшое, величиной съ булавочную головку, темное пятно.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи перваго узла видны двѣ неправильно круглой формы полости, одна большая (діаметры просвѣта 2 mm. × 1,4 mm.) и другая меньшая (діаметры просвѣта 1,2 mm. × 0,7 mm.). На одномъ изъ срѣзовъ вмѣсто второй полости видно нѣсколько маленькихъ. Большую часть обоихъ просвѣтовъ полостей занимаютъ два свѣжихъ фибринныхъ тромба, лишь по периферіи видна нормальная кровь. Выстланы полости однорядным не очень замѣтнымъ эндотеліемъ. Стѣнки состоятъ изъ соединительной ткани. Перегородка между обѣими полостями въ одномъ мѣстѣ истончена и гіалиново перерождена, въ другомъ она широка и содержитъ одну артерію, одну вену и нѣсколько капилляровъ. Обѣ полости занимаютъ подслизистый слой кишки, отдавливая какъ слизистую, такъ и мышечную оболочки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ слизистой виденъ густой круглоклѣточный инфильтратъ. Мышечный слой кишки надъ узломъ рѣзко истонченъ. Близъ узла въ подслизистой ткани среди другихъ сосудовъ замѣтенъ одинъ венозный значительнаго калибра, наполненный кровью и, по всей вѣроятности, сообщающійся съ описанными кровеносными полостями.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи маленькаго пятна виденъ, наряду съ сосудами мелкаго калибра, одинъ расширенный венозный сосудъ.

Первый узелъ несомнѣнно представляетъ собой мѣстное ограниченное расширеніе предсуществовавшаго венознаго сосуда подслизистаго слоя тонкой кишки (varix). Патологическія измѣненія, найденныя въ маленькомъ пятнѣ, не оказались на столько значительными, чтобы ихъ можно было съ увѣренностью поставить въ связь съ образованіемъ варикозныхъ полостей, хотя возможно, что они представляли собой начальную стадію стойкаго расширенія вены.

СЛУЧАЙ XLVII.

Ж. 58 л. Кл. діагн.: Cancer oesophagi. Операція gastrostomia. Умерла въ Ф.Х.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 31. I. 1911 г. за № 36/509. (д-ръ *Корнманъ*).

Пат.-анат. діагн.: Status post operationem (gastrostomia). Peritonitis fibrinoso-purulenta. Pleuritis fibrinoso-purulenta dextra. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis dextri. Atelectasis pulmonis sinistri. Carcinoma cardiae. Metastases glandularum lymphaticarum mediastini postici. Endoaortitis et endocarditis valvularum aortae chronica. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Tumores cavernosi hepatis. Hyperplasia pulpae lienis. Polypus uteri. Varices intestini jejuni. Varices ani. Septicaemia.

Въ области верхней половины тонкой кишки видно отъ 15—20 краснаго цвѣта узелковъ, выступающихъ надъ уровнемъ кишки. Они начинаютъ появляться на разстояніи ок. 10 cm. отъ двѣнадцатиперстной кишки, а, начиная съ мѣста перехода въ подвздошную кишку, они отсутствуютъ. Эти узелки достигаютъ въ діаметрѣ величины 3—4 mm. и на разрѣзѣ имѣютъ губчатый видъ. Радіально къ нимъ подходятъ обыкновенно 2 хорошо видимыхъ, наполненныхъ кровью, сосуда.

Кавернозныя опухоли печени и геморроидальныя шишки не подверглись микроскопическому изслѣдованію.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кишки оказалось, что на ограниченномъ мѣстѣ подслизистаго ея слоя имѣются группы полостей неравномѣрной формы съ извилистыми различной толщины соединительнотканными стѣнками. Полости сообщаются другъ съ другомъ и наполнены частью кровью, частью тромбами, состоящими изъ фибрина, эритро- и лейкоцитовъ. (см. *табл. X, рис. 46*). Среди крови наряду съ красными кровяными шариками видно большое количество лейкоцитовъ и нити фибрина, что, конечно, указываетъ на медленное и затрудненное кровообращеніе. Область, занятая полостями, рѣзко ограничена, но особой капсулы не имѣетъ. Стѣнки полостей на мѣстахъ соприкосновенія послѣднихъ другъ съ другомъ иногда очень широки и содержатъ различнаго калибра кровеносные сосуды. Со стороны полости стѣнки выстланы однорядным эндотеліемъ. Во многихъ мѣстахъ видны гладкія мышечныя волокна, входящія въ составъ стѣнки полостей. Слизистая и мышечная оболочки въ области узла выпячены и немного атрофированы. Подслизистый слой вблизи группы полостей содержитъ большое число расширенныхъ и наполненныхъ кровью сосудовъ: ткань отечна и гомогенно набухла.

Въ данномъ случаѣ очень трудно рѣшить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, такъ какъ микроскопическая картина близко подходитъ къ таковой, которую обыкновенно мы находимъ при изслѣдованіяхъ кавернозныхъ гемангіомъ. Въ данномъ случаѣ также были найдены кавернозныя образованія въ печени, не подвергшіяся, къ сожалѣнію, микроскопическому изслѣдованію, такъ что можно было бы думать, что и

узелки кишечника представляютъ собой кавернозныя гемангіомы. Однако, наличность сильнаго застоя въ области тонкихъ кишекъ, наличность только регрессивныхъ явленій и полное отсутствіе роста (*Borst*) узелковъ кишечника, а также несомнѣнное сходство этихъ образованій съ выше описанными расширеніями венъ подслизистаго слоя кишекъ — все это говоритъ, по моему мнѣнію, за то, что упомянутыя образованія также представляютъ собой особый, послѣдовательный стадій варикознаго расширенія клубковиднаго превращенія извитыхъ предсуществовавшихъ венъ подслизистаго слоя кишечника.

СЛУЧАЙ XLVIII.

Ж. 25 л. Кл. діагн.: Infarctus pulmonis. Stenosis valvularum aortae. Nephritis parenchymatosa. Умерла въ Д.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 1. III. 1911 г.

Пат.-анат. діагн.: Endocarditis chronica valv. mitralis verrucosa et recurrens valv. aortae. Hypertrophia cordis. Infiltratio adiposa epicardii. Pleuritis sero-fibrinosa bilateralis. Infarctus haemorrhagici pulmonum. Cirrhosis hepatis. Lien cyanoitcum. Degeneratio parenchymatosa renum. Cystoma dermoidale ovariorum. Hydropericardium. Hydrothorax. Ascites. Anasarca.

На границѣ между тощей и подвздошною кишкою видны два темносинихъ узелка, величиною съ крупную дробинку.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи замѣтны общій застой и серозное пропитываніе подслизистой ткани кишки; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣются обширныя кровоизліянія. На мѣстѣ макроскопически замѣтнаго узла видна широкая, наполненная кровью, вена, діаметры просвѣта которой равны 2,8 mm. $\times$ 0,6 mm. По окружности ея имѣется кровоизліяніе.

Въ данномъ случаѣ, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ чрезвычайно отечной и застойной кишкой, одна изъ венъ подслизистаго слоя которой чрезмѣрно расширилась, что въ связи съ наличностью кровоизліянія давало впечатлѣніе сосудистой опухоли.

Узелки кишечника, которые при вскрытіи напоминали по своему внѣшнему виду сосудистыя опухоли, подверглись изслѣдованію въ девяти случаяхъ. Семь разъ такіе узелки были найдены у мужчинъ, въ возрастѣ отъ 40 до 90 лѣтъ и два раза — у женщинъ 25 и 58 лѣтъ. Два раза они были одиночные (сл. XLV и XLVI) и семь разъ — множе-

ственные. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (XLIII, XLIV и XLVII) слизистая кишекъ была какъ бы усѣяна этими узелками. Всѣ узелки локализировались въ тонкихъ кишкахъ и преимущественно въ тощей кишкѣ; только одинъ разъ (сл. XLVI) одиночный узелокъ былъ найденъ въ подвздошной кишкѣ.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись 30 узелковъ, при чемъ въ большинствѣ случаевъ были найдены на ограниченномъ пространствѣ расширенія подслизистыхъ венъ тонкихъ кишекъ, иногда представлявшіяся въ видѣ большихъ полостей. Въ четырехъ узлахъ (сл. XLI, XLIII, XLIV и XLVII), наряду съ несомнѣнно расширенными венами, имѣлась также микроскопическая картина, напоминавшая кавернозныя гемангіомы. Если бы изученію были подвергнуты только послѣдніе узлы, то было бы совершенно невозможно установить ихъ истинный характеръ: настолько ихъ микроскопическая картина соотвѣтствовала тому, что большинствомъ патолого-анатомовъ считается характеризующимъ кавернозныя гемангіомы. Лишь изслѣдованіе остальныхъ узловъ и нахожденіе начальныхъ стадій и переходныхъ формъ дала возможность прійти къ заключенію, что и спорные узлы являются не истинными гемангіомами, а лишь послѣдовательной стадіей развитія расширенія и сплетенія извитыхъ подслизистыхъ венъ „phlebectasia cavernosa", по *Tavel*'ю [1]) (1907) и *Thorel*'ю (1907) [2]). На пріобрѣтенность даннаго патологическаго процесса указываетъ также ихъ наиболѣе частое нахожденіе въ зрѣломъ и старческомъ возрастѣ, ихъ обычная множественность и значительность ихъ размѣровъ, а также наличность застойныхъ явленій въ кишечникѣ на мѣстѣ ихъ расположенія.

На основаніи изслѣдованія кишечныхъ узелковъ, макро- и часто даже микроскопически симулировавшихъ гемангіомы, я пришелъ къ выводу, что во всѣхъ случаяхъ имѣлись варикозно расширенныя и клубковидно извитыя на ограниченныхъ участкахъ вены подслизистаго слоя тонкихъ кишекъ.

---

[1]) *Tavel*. Die Künstliche Thrombose der Varicen. B. kl. W. 1907. № 7.

[2]) *Thorel*. Pathologie der Kreislauforgane. Phlebektasie — Varicen In L.O.E. 1907. XI/2. p. 512.

ГЛАВА XXVI.

Печень.

А. Одиночныя гемангіомы печени.

СЛУЧАЙ IL.

Ж. 22. Кл. діагн.: Typhus abdominalis. Умерла въ О.С.Г.Б. *Вскрытіе* (П.А.К.О.С.Г.Б.) 12. XI. 1911 г. Пр. вскр. № 208.

Пат.-анат. діагн.: Nephritis et perinephritis purulenta. Ulcera folliculorum solitarium et agminum Peyeri. Infiltratio typhosa glandular. lymphat. mesenterii. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Hyperaemia venosa, oedema et emphysema pulmonum. Haemangioma cavernosum hepatis.

Размѣры печени: правая доля—21 × 18 × 7 cm., лѣвая доля—12 × 9 × 3 cm. На наружномъ краѣ лѣвой доли имѣется темносинее пятно круглой формы, величиною съ конопляное зерно. На разрѣзѣ видна опухоль ячеистаго строенія.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи открывается непосредственно подъ капсулой рядъ полостей, наполненныхъ кровью. Между полостями во многихъ мѣстахъ видны остатки печеночной ткани. Величина полостей самая различная, наряду съ большими полостями, діаметромъ ок. 0,9 mm., встрѣчаются маленькія полости, діаметромъ ок. 0,09 mm. и меньше. Въ одномъ мѣстѣ мелкія полости кольцеобразно окружаютъ большую. Форма полостей большею частью овальная или круглая. На тщательно просмотрѣнныхъ срѣзахъ опухоли сообщенія между полостями встрѣчались не часто. Лишь въ единичныхъ случаяхъ удавалось замѣтить образованіе большой полости путемъ атрофіи и разрыва стѣнокъ и сліянія сосѣднихъ мелкихъ полостей. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ отдѣльныхъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Во многихъ полостяхъ замѣтны фиброзные тромбы, находящіеся въ стадіи организаціи и обросшіе эндотеліемъ. Полнаго закрытія просвѣта полости констатировать не удалось. Стѣнки

полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной ядрами, и выстланной со стороны полостей однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Встрѣчаются большія полости, стѣнки которыхъ мѣстами покрыты множественными слоями эндотелія. Наряду съ этимъ встрѣчаются бухтообразныя выпячиванія большихъ полостей, съ очень рѣзкимъ истонченіемъ стѣнокъ въ этихъ мѣстахъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей встрѣчаются тоненькія эластическія волокна.

Между отдѣльными полостями часто встѣчаются отдѣльныя кучки печеночныхъ клѣтокъ и, рѣже, сдавленные желчные протоки. Опухоль близко подходитъ къ капсулѣ печени; лишь кое-гдѣ подъ капсулой видны остатки печеночной ткани (клѣтки, желчные ходы). Граница съ печенью представляется на разрѣзахъ въ видѣ чрезвычайно извилистой линіи. Отдѣльныя полости и группы полостей вдаются глубоко въ ткань печени; съ другой стороны отдѣльные участки печеночной паренхимы глубоко вдаются и среди полостей. Собственной капсулы у опухоли не имѣется. На границѣ между полостями и печеночной тканью не удается замѣтить разрастанія соединительной ткани. Также отсутствуетъ непосредственная связь между капиллярами печени и просвѣтами полостей.

Сама печень рѣзко измѣнена. Въ центрѣ обѣихъ долекъ видна рѣзкая жировая инфильтрація, въ центрѣ другихъ—некротическіе участки, повидимому, отъ имѣющагося тутъ же застоя желчи. Такія же измѣненія замѣтны и въ печеночныхъ клѣткахъ, находящихся между полостями. Эти клѣтки кромѣ того представляются атрофированными.

Итакъ, у молодой женщины 22-лѣтъ, умершей во время брюшно-тифозной болѣзни, случайно при вскрытіи была найдена въ области лѣвой доли печени небольшая кавернозная ангіома.

Интересъ приведеннаго случая заключается въ наличности участковъ печеночной ткани между полостями опухоли и въ нахожденіи въ нѣкоторыхъ большихъ полостяхъ участковъ многослойнаго, плоскаго эндотелія, вмѣсто однослойнаго, обычно выстилающаго стѣнки кавернозныхъ полостей. Отмѣчу, что въ нѣкоторыхъ полостяхъ были найдены фибринные, въ другихъ смѣшанные тромбы. Несмотря на отсутствіе капсулы, не замѣчалось признаковъ роста опухоли.

СЛУЧАЙ L.

М. 25 л. Кл. діагн.: Vitium cordis. Insufficientia valv. mitralis. Умеръ въ Г.Т.К. Вскрытіе 19. IX. 1911 г. (П.А.И.Н.У.). Пр. вскр. № 1 538 (Д-ръ *Г. И. Баджіевъ*).

Пат.-анат. діагн.: Vitium cordis. Cirrhosis hepatis cardiaca. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum. Lien cyanoticum. Lien succenturia-

tum. Hyperaemia venosa renum. Hyperaemia venosa et oedema meningum. Haemangioma cavernosum hepatis. Hydropericardium. Hydrothorax utriusque lateris. Ascites. Anasarca.

Печень нѣсколько мала, плотна, на поверхности бугриста, на разрѣзѣ ткань рыжевато-краснаго цвѣта, крупно зернистаго вида. На передней поверхности правой доли имѣется темносиній участокъ круглой формы, діаметромъ около 1 cm. На разрѣзѣ видно, что этотъ участокъ ячеистаго вида и вдается въ ткань печени на 0.75 cm. въ видѣ неправильной трапеціи.

Микроскопическому изслѣдованію подвергся кусочекъ опухоли, взятый изъ ея периферическаго отдѣла. Въ этомъ мѣстѣ замѣтно два самостоятельныхъ узла, расположенныхъ близко другъ къ другу подъ капсулой печени и раздѣленныхъ прослойкой печеночной ткани различнаго діаметра, ок. 0.7—0,9 mm. Одинъ изъ узловъ нѣсколько больше другого. Подъ капсулой ширина ихъ уменьшается. Оба узла представляютъ одинаковое строеніе. Они состоятъ изъ полостей, раздѣленныхъ прослойками соединительной ткани, и выстланы однорядным эндотеліемъ. Величина полостей неодинаковая, преимущественно видны довольно большія полости, ок. 0,7 mm въ діаметрѣ. Наряду съ такими встрѣчаются и небольшія полости, а также очень большого размѣра, происшедшіе путемъ сліянія нѣсколькихъ сосѣднихъ. Очень большія полости достигаютъ 1,7 mm. въ длинныхъ діаметрахъ. Форма полостей также различна: обычно полости на разрѣзѣ круглой формы, рѣже встрѣчаются вытянутыя, какъ бы сплюснутыя. Многія полости сообщаются между собою, благодаря разрывамъ перегородокъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ отдѣльныхъ полостяхъ видны тромбы. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Ширина ихъ различная, въ среднемъ ок. 35 μ. Въ болѣе толстыхъ стѣнкахъ видны иногда небольшіе кровеносные сосуды, а также желчные протоки. Кое-гдѣ имѣется скопленіе круглоклѣточнаго инфильтрата.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей найдены лишь кое-гдѣ тоненькія ея волокна.

Граница опухоли съ печенью представляется въ видѣ очень извилистой линіи. Собственной капсулы по окружности участковъ опухоли не видно. Отдѣльныя полости и группы полостей бухтообразно вдаются въ ткань печени. Замѣтные на изслѣдованныхъ препаратахъ два участка опухоли являются также выступами одного большого узла, что можно было видѣть уже макроскопически на рядѣ послѣдовательныхъ разрѣзовъ опухоли. На нѣкоторыхъ срѣзахъ между опухолью и капсулою печени видны отдѣльныя, атрофированныя печеночныя клѣтки, на другихъ срѣзахъ ихъ уже не было. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по периферіи опухоли видны участки, состоящіе изъ молодой соединительной ткани, и расширенныхъ сосудовъ капиллярнаго типа, а также желчныхъ протоковъ. Здѣсь же видны и эозинофилы. Въ другихъ мѣстахъ къ полостямъ близко подходятъ отрѣзки интерлобу-

лярной ткани, содержащіе сосуды и желчные протоки. Соединительная ткань интерлобулярной ткани переходитъ въ строму опухоли.

Сама печень представляетъ значительныя измѣненія. Капсула утолщена, подъ нею видны гнѣзда круглоклѣточнаго инфильтрата. Въ печени имѣется рѣзкій гнѣздный застой: капилляры внутри долекъ сильно расширены, печеночныя клѣтки сдавлены и кое-гдѣ содержатъ бурый пигментъ. По периферіи долекъ во многихъ мѣстахъ наблюдается развитіе молодой соединительной ткани; въ интерлобулярной ткани часто виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Во многихъ мѣстахъ печени, какъ вблизи опухоли, такъ и вдали отъ послѣдней, среди соединительной ткани встрѣчаются эозинофилы.

Итакъ, у молодого человѣка 25 л., умершаго отъ порока сердца, при вскрытіи въ области передней поверхности правой доли печени случайно была найдена одиночная кавернозная гемангіома.

Интересъ случая заключается въ отсутствіи связи между полостями новообразованія и капиллярами печени, несмотря на рѣзкій застой крови въ послѣдней. Далѣе интереснымъ является наличность отдѣльныхъ желчныхъ протоковъ въ перегородкахъ между полостями и нахожденіе въ значительномъ количествѣ эозинофиловъ въ печени.

СЛУЧАЙ LI.

М. 32 л. Кл. діагн.: Phtisis pulmonum. Умеръ въ Ф.Т.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 11. XI. 1911 г. Пр. вскр. № 29/566 (Д-ръ *Г. И. Баджіевъ*).

Пат.-анат. діагн.: Tuberculosis pulmonum. Pleuritis adhaesiva chronica fibrosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Catarrhus ventriculi chronicus. Colitis catarrhalis subacuta. Hyperplasia pulpae lienis. Haemangioma cavernosum hepatis. Hydrothorax. Hydropericardium. Cachexia.

Размѣры печени: правая доля — 17 × 18 × 11 cm., лѣвая доля — 12 × 9 × 8 cm. Печень на разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, застойна; ткань слегка набухла. У нижне-наружнаго края правой доли печени на разрѣзѣ найдена темно-красная опухоль овальной формы (1,9 × 1,3 × × 0,9 cm.), находящаяся на разстояніи 0,1 cm. отъ капсулы печени. Опухоль ячеистаго строенія и рѣзко выдѣляется среди ткани печени.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія вырѣзанъ кусочекъ изъ средней части опухоли черезъ всю толщу послѣдней (см. *табл. VII, рис. 29*).

Опухоль на разрѣзѣ круглой формы и состоитъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины. По периферіи расположены мелкія полости, а также кое-гдѣ участки, состоящіе изъ соединительной ткани, содержащей многочисленные сосуды капиллярнаго типа, иногда расширяющіеся въ видѣ мелкихъ полостей. Въ центральныхъ

частяхъ опухоли, рѣже въ периферическихъ ея частяхъ, расположены большія полости круглой формы, діаметромъ около 0,9 mm. Во многихъ рядомъ расположенныхъ полостяхъ стѣнки ихъ прерываются и отмѣчается то сообщеніе между сосѣдними полостями, то сліяніе нѣсколькихъ полостей въ одну большую. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Во многихъ полостяхъ имѣются смѣшанные тромбы. Нѣкоторые изъ нихъ представляются организующимися. Кромѣ того видны участки, соотвѣтствующіе просвѣту бывшихъ полостей и состоящіе изъ гіалиновой соединительной ткани. Стѣнки полостей выстланы однорядным плоскимъ эндотеліемъ и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани. Стѣнки маленькихъ полостей представляются болѣе широкими, чѣмъ стѣнки большихъ полостей, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ иногда прерывающіяся. Въ центрѣ опухоли встрѣчаются довольно большіе участки плотной соединительной ткани (на разрѣзѣ 1 × 0,36 mm.), продолженіемъ которой являются стѣнки полостей. Описанные участки соединительной ткани бѣдны клѣтками и содержатъ отдѣльные капиллярные сосуды.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, она въ стѣнкахъ полостей совсѣмъ не открывается.

Опухоль нигдѣ не подходитъ къ печеночной капсулѣ, отъ которой отдѣляется широкимъ слоемъ печеночной ткани. Сама опухоль рѣзко ограничена и по всей своей периферіи отдѣлена отъ печени слоемъ волокнистой соединительной ткани различной толщины. Эта соединительная ткань непрерывно переходитъ въ интерлобулярную соединительную ткань. Во многихъ мѣстахъ въ составѣ соединительной ткани, проходящей по окружности опухоли, входятъ большіе кровеносные сосуды и желчные протоки.

Въ печени виденъ рѣзкій застой въ капиллярахъ долекъ. Въ клѣткахъ печени много бураго пигмента. Кое-гдѣ виденъ въ соединительной ткани круглоклѣточный инфильтратъ. Капсула печени утолщена и извилиста.

Итакъ, у мужчины 32 лѣтъ, умершаго отъ туберкулеза легкихъ, случайно при вскрытіи была найдена у нижне-наружнаго края правой доли печени довольно большая, рѣзко ограниченная кавернозная гемангіома.

Интересъ даннаго случая заключается, во-первыхъ, въ отсутствіи связи опухоли съ капсулою печени (для микроскопическаго изслѣдованія былъ вырѣзанъ кусочекъ изъ мѣста наибольшей близости опухоли къ поверхности печени). Далѣе интереснымъ представлялся соединительнотканный участокъ опухоли, въ которомъ различались какъ нормальные капиллярные сосуды, такъ и представлявшіе собой переходныя формы къ кавернознымъ полостямъ. Во мно-

гихъ участкахъ опухоли можно было установить образованіе большихъ полостей черезъ разрывъ перегородокъ и сліяніе мелкихъ полостей. Отмѣчалась также наличность признаковъ обратнаго развитія гемангіомы: какъ организующіеся тромбы, такъ и организовавшіеся и приведшіе къ запустѣнію просвѣтовъ отдѣльныхъ полостей. Нахожденіе довольно плотной капсулы по окружности опухоли указываетъ на, несомнѣнно, уже остановившійся ея ростъ.

СЛУЧАЙ LII.

М. 33 л. Кл. діагн.: Pneumonia cruposa migrans. Умеръ въ Ф.Т.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У) 1. II. 1911 г. Пр. вскр. № 37/510 (Д-ръ *Г. П. Баджіевъ*).

Пат.-анат. діагн.: Pneumonia cruposa lobi superioris pulmonis dextri (hepatisatio grisea). Pleuritis fibrinosa acuta dextra. Hyperaemia venosa lobi superioris pulmonis sinistri. Leptomeningitis purulenta. Sclerosis valv. mitralis cordis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Hyperplasia pulpae lienis. Catarrhus ventriculi chronicus. Haemangioma cavernosum hepatis.

Печень дрябла. Размѣры правой ея доли: 17 × 17 × 7,5 cm., лѣвой—15 × 10 × 4 cm. На разрѣзѣ печень глинистаго цвѣта, слегка мускатна. Ткань печени набухла. На передней поверхности правой доли видна подъ капсулой небольшая, круглая, діаметромъ около 6 mm. опухоль темно-синяго цвѣта. На разрѣзѣ она имѣла ячеистое строеніе. Кромѣ того найдено два темныхъ участка, на разрѣзѣ оказавшіеся небольшими полостями, содержащими желчь.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія опухоль была разрѣзана пополамъ, обѣ половины залиты въ целлоидинъ и разложены на серію срѣзовъ.

Оказалось, что опухоль состоитъ изъ полостей, наполненныхъ кровью. Величина полостей различная: въ периферическихъ частяхъ опухоли видны болѣе мелкія полости, а въ срѣзахъ, произведенныхъ въ области наибольшаго распространенія опухоли, видны большія полости, получившіяся путемъ сліянія нѣсколькихъ полостей. Перегородки послѣднихъ представляются разорванными и діаметръ большихъ полостей доходитъ до 0,8 mm, и даже 1,5 mm. Форма полостей различная: меньшія преимущественно круглыя, но встрѣчаются, особенно среди большихъ полостей, овальныя, вытянутыя и многоугольныя. Благодаря разрывамъ перегородокъ замѣтны сообщенія между сосѣдними полостями. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики, мѣстами съ незначительною, а мѣстами со значительной примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны, на мѣстѣ наибольшаго распространенія опухоли, тромбы какъ пристѣночные, такъ и закупоривающіе просвѣтъ и находящіеся въ различныхъ ста-

діяхъ ихъ организаціи. Стѣнки полостей выстланы однорядным эндотеліемъ. Межуточная ткань состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, мѣстами болѣе, мѣстами менѣе богатой ядрами. Мѣстами, на периферіи опухоли, полости выстланы однорядным плоскимъ эндотеліемъ, прилегающимъ непосредственно къ печеночнымъ клѣткамъ. Въ такихъ мѣстахъ соединительнотканная прослойка по окружности полостей отсутствуетъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, видно значительное количество эластическихъ волоконъ, исходящихъ изъ капсулы печени или изъ близлежащихъ большихъ сосудовъ и входящихъ въ составъ межуточной ткани между полостями. Въ мѣстахъ, гдѣ перегородки между полостями тонки, эластическая ткань открывается въ нихъ въ видѣ немногочисленныхъ тонкихъ волоконецъ.

Опухоль граничитъ кнаружи съ капсулой печени, въ остальныхъ мѣстахъ—съ ея паренхимой. Собственной капсулы у опухоли не имѣется. На срѣзахъ, взятыхъ изъ крайнихъ мѣстъ опухоли, между нею и капсулой печени, видно нѣсколько рядовъ печеночныхъ клѣтокъ, частью атрофированныхъ и некротизующихся (отъ давленія). На границѣ съ печенью полости опухоли иногда выбухаютъ въ печеночную ткань, отдавливая клѣтки печени. На нѣкоторыхъ срѣзахъ ясно видна связь опухоли съ интерлобулярной соединительной тканью печени. Въ одномъ мѣстѣ къ полостямъ опухоли направляется крупная вѣтвь воротной вены. Кое-гдѣ виденъ въ межуточной ткани опухоли круглоклѣточный инфильтратъ, а также разрастаніе соединительной ткани изъ периферическихъ частей опухоли среди эпителіальныхъ клѣтокъ печени. Сообщеній кавернозныхъ полостей съ капиллярами печеночныхъ долекъ не видно. На срѣзахъ изъ области наибольшаго распространенія опухоли можно убѣдиться, что послѣдняя состоитъ изъ двухъ частей, связанныхъ только въ области капсулы печени. Каждая изъ этихъ частей опухоли находится въ связи съ отдѣльнымъ отрѣзкомъ интерлобулярной ткани.

Сама печень представляетъ значительныя измѣненія. Помимо небольшого застоя крови въ системѣ капилляровъ центральныхъ венъ, удается констатировать паренхиматозное перерожденіе и значительныя скопленія бураго пигмента въ клѣткахъ печени. Значительный интересъ представляетъ наличность въ большомъ количествѣ гигантскихъ печеночныхъ клѣтокъ, присутствіе которыхъ указываетъ на явленія регенераціи паренхимы печени. Эти гигантскія клѣтки располагаются частью самостоятельно, среди печени, частью по окружности опухоли. Кромѣ того нужно отмѣтить нахожденіе въ интерлобулярной ткани круглоклѣточнаго инфильтрата.

Итакъ, у мужчины 33 л., умершаго отъ воспаленія праваго легкаго, случайно при вскрытіи была найдена небольшая кавернозная гемангіома на передней поверхности правой доли печени. Строеніе этой кавернозной гемангіомы не представляетъ особыхъ уклоненій отъ обычной картины.

Интересъ случая заключается въ отсутствіи капсулы и въ наличности въ межуточной ткани опухоли эластическихъ волоконъ, находящихся въ связи съ эластической тканью какъ капсулы печени, такъ и стѣнокъ большихъ сосудовъ. Кромѣ того представляетъ интересъ выбуханіе полостей въ печеночную ткань.

СЛУЧАЙ LIII.

Ж. 36 л. Кл. діагн.: Carcinoma omenti et ventriculi. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 12. III. 1912 г. Пр. вскр. № 57.

Пат.-анат. діагн.: Cancer colloides flexurae lienalis intestini crassi. Cancer metastaticus disseminatus omenti et peritonei parietalis et visceralis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Parotitis purulenta sin. Uterus infantilis. Haemangioma cavernosum hepatis. Septicaemia.

Печень мала, на разрѣзѣ блѣдна. Въ области нижняго края передней поверхности правой доли печени имѣется темно-красная опухоль округлой формы, величиной съ лѣсной орѣхъ, ячеистаго строенія. На разрѣзахъ опухоль рѣзко выдается среди печеночной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ граница съ печенью представляется въ видѣ очень извилистой линіи.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись два кусочка опухоли. Опухоль состоитъ изъ многочисленныхъ полостей, наполненныхъ кровью. Величина полостей обычно значительная, около 0,9 mm. въ діаметрѣ. Кромѣ того встрѣчаются и болѣе мелкія полости, а также небольшіе участки, состоящіе только изъ маленькихъ полостей капиллярнаго типа около 0,09 mm. въ діаметрѣ. Подобные участки встрѣчаются также и на периферіи опухоли. Форма полостей самая различная, преобладаютъ круглыя, многія изъ нихъ сообщаются между собою. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Кое-гдѣ встрѣчаются организующіеся тромбы. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, въ однихъ мѣстахъ болѣе богатой ядрами, въ другихъ менѣе. Со стороны полостей стѣнки выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Мѣстами видно нѣсколько слоевъ плоскаго эндотелія. Ширина стѣнокъ самая различная: нѣкоторыя очень тонки, около 20 μ. въ діаметрѣ, другія значительно толще. Довольно часто между полостями встрѣчаются очень значительные участки соединительной ткани отъ 0,25 mm. и до 0,7 mm. шириною. Въ нѣкоторыхъ стѣнкахъ встрѣчаются отдѣльные желчные протоки, достигающіе иногда значительной величины. Кромѣ того въ стѣнкахъ попадаются скопленія бураго пигмента (кровяного). Нѣкоторыя стѣнки атрофированы, мѣстами до нарушенія непрерывности.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ

полостей открываются немногочисленныя тоненькія эластическія волокна.

Во многихъ мѣстахъ между полостями видны круглые участки плотной фиброзной ткани, окруженные нѣсколькими рядами концентрически расположенныхъ соединительнотканныхъ вытянутыхъ клѣтокъ. Эти участки представляютъ собою запустѣвшія полости.

Опухоль близко подходитъ къ капсулѣ печени, такъ что на довольно большомъ протяженіи соединительная ткань стѣнокъ полостей переходитъ въ соединительную ткань капсулы. Граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи, такъ какъ во многихъ мѣстахъ отдѣльныя полости или группы полостей вдаются въ печеночную ткань. Толщина стѣнокъ полостей на границѣ съ печеночными клѣтками не измѣнена. Въ другихъ мѣстахъ непосредственно къ опухоли прилежатъ тяжи интерлобулярной ткани печени, переходящіе въ стѣнки полостей. Собственной капсулы у опухоли не имѣется. Также отсутствуетъ непосредственная связь между капиллярами печени и полостями.

Въ самой печени имѣется гнѣздная жировая инфильтрація. Непосредственно подъ капсулой, преимущественно кругомъ мелкихъ сосудовъ, виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Капсула печени утолщена на всемъ своемъ протяженіи.

Изъ изложеннаго видно, что у молодой женщины 36 лѣтъ случайно при вскрытіи была найдена на передней поверхности правой доли печени кавернозная гемангіома, величиной съ лѣсной орѣхъ.

Интересъ даннаго случая заключается въ нахожденіи въ гемангіомѣ участковъ, состоящихъ изъ малыхъ полостей капиллярнаго типа, въ присутствіи запустѣвшихъ полостей, замѣщенныхъ фиброзной соединительной тканью и въ наличности въ центральныхъ частяхъ гемангіомы въ стѣнкахъ полостей большихъ желчныхъ протоковъ. Наконецъ, отмѣчу, что у умершей одновременно существовали новообразованія доброкачественное (гемангіома печени) и злокачественное (ракъ толстой кишки).

СЛУЧАЙ LIV.

М. 39 л. Кл. діагн.: Scorbutus. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 12. II. 1910 г. Пр. вскр. № 64.

Пат.-анат. діагн.: Broncho-pneumonia lobi inferioris utriusque lateris. Necroses miliares lienis. Ulcera diphterica intestini ilei et crassi. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Marasmus. Tumor cavernosus hepatis.

Длина печени—21 cm., ширина—36 cm. Печень плотна, слегка

желтушна. На поверхности лѣвой доли виденъ небольшой участокъ сине-чернаго цвѣта съ неровными краями и діаметромъ около 0,3 cm. Капсула печени надъ даннымъ участкомъ морщиниста. Опухоль простирается вглубь печени приблизительно на 0,4 cm. и представляетъ неровныя границы.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія вся опухоль была залита въ целлоидинъ. Опухоль состоитъ изъ полостей, наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ соединительнотканными перегородками. Видъ опухоли въ различныхъ отдѣлахъ ея представляется неодинаковымъ. Подъ капсулой печени видна одна большая полость, діаметръ которой достигаетъ 1,4 mm. На однихъ срѣзахъ перегородокъ въ этой полости совсѣмъ нѣтъ, на другихъ видна одна, разорванная посрединѣ перегородка, на третьихъ срѣзахъ видны лишь отдѣльные ея отрѣзки. Эта находка указываетъ на то, что большая полость образовалась путемъ сліянія малыхъ. Въ большей части опухоли видны многочисленныя, весьма неправильной формы полости, различной величины, раздѣленныя соединительнотканными извилистыми перегородками разной толщины. Большинство полостей не обособлено и онѣ сообщаются между собою черезъ дефекты въ перегородкахъ. Въ одномъ участкѣ опухоли отдѣльныхъ полостей, строго говоря, не видно, а имѣется одна полость, въ которой на разрѣзѣ видны многочисленные различной величины отрѣзки перегородокъ. Наконецъ, въ различныхъ, незначительнаго размѣра, участкахъ опухоли преобладаетъ соединительная ткань, среди которой заложены полости преимущественно малаго калибра. Нѣкоторыя полости ничѣмъ не отличаются отъ капиллярныхъ сосудовъ. Видны переходы между малыми и большими полостями. Описанные соединительнотканные участки располагаются въ периферическихъ отдѣлахъ опухоли, близко къ капсулѣ печени. Капсула проходитъ надъ опухолью, входя въ составъ верхней стѣнки описанной выше большой опухоли. Въ остальныхъ мѣстахъ полости не доходятъ до печеночной капсулы и между нею и опухолью видны сдавленныя соединительной тканью печеночныя балки и отдѣльныя клѣтки, а также кровеносные сосуды и маленькіе желчные протоки. Граница съ печенью представляется въ видѣ очень извилистой линіи; отдѣльныя полости куполообразно выбухаютъ въ ткань печени. Собственной капсулы вся опухоль не имѣетъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ къ стѣнкамъ полостей со стороны печени примыкаетъ интерлобулярная соединительная ткань, содержащая сосуды, желчные протоки, а иногда отдѣльныя гладкія мышечныя волокна. Перегородки между полостями (стѣнки полостей) состоятъ изъ соединительной ткани, часть которой гомогенна и расположена въ видѣ сильно красящихся глыбокъ и тяжей. Въ болѣе широкихъ перегородкахъ видны сосуды капиллярнаго типа и очень рѣдко отдѣльныя гладкія мышечныя клѣтки. Эластическихъ волоконъ не видно. Въ перегородкахъ между полостями, расположенными по периферіи опухоли, попадаются остатки печеночной ткани (атрофированныя печеночныя клѣтки и сдавленные мелкіе желчные протоки). Стѣнки полостей выстланы однорядным ъ эндотеліемъ. Содержимое поло-

стей составляютъ главнымъ образомъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ отдѣльныхъ полостяхъ количество послѣднихъ преобладаетъ и видно большое количество нитей фибрина. Кромѣ того встрѣчаются тромбы въ болѣе позднихъ стадіяхъ организаціи. На границѣ съ печенью въ соединительной ткани опухоли кое-гдѣ виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Сама печень нѣсколько застойна.

Итакъ, у 39-лѣтняго мужчины случайно при вскрытіи была найдена на поверхности лѣвой доли печени одиночная маленькая кавернозная опухоль. Отмѣчено, что большія полости получились путемъ сліянія малыхъ, вслѣдствіе истонченія и разрыва ихъ стѣнокъ.

Интересъ даннаго случая заключается въ отсутствіи капсулы, наличности остатковъ печеночной ткани между полостями по периферіи опухоли и въ образованіи большихъ полостей изъ малыхъ. Эти данныя указываютъ, повидимому, на продолжающійся ростъ опухоли. Отсутствіе эластическихъ волоконъ и почти полное отсутствіе гладкой мышечной ткани въ стѣнкахъ кавернозныхъ полостей указываетъ на вѣроятное образованіе кавернозныхъ полостей изъ кровеносныхъ сосудовъ капиллярнаго типа.

СЛУЧАЙ LV.

М. 40 л. Вскрытіе (П.С.М.Н.У.) 18. XI. 1910 г.

Пат.-анат. діагн.: Carbunculus regionis colli. Pleuritis exsudativa purulenta dextra. Haemangioma cavernosum hepatis.

Опухоль печени мнѣ была любезно прислана глубокоуважаемымъ д-ромъ *А. Ф. Мелешко*, которому я за это приношу свою благодарность.

На поверхности правой доли печени найдено красное пятно неправильной формы, съ наибольшимъ діаметромъ въ 2 mm. На разрѣзѣ опухоль оказалась ячеистаго строенія, рѣзко отграниченная отъ ткани печени, распространявшаяся вглубь органа на протяженіи 3—4 mm. и находившаяся въ связи съ большой вѣтвью воротной вены.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія опухоль была разрѣзана пополамъ и оба кусочка были залиты въ целлоидинъ. На однихъ срѣзахъ опухоль близко подходитъ къ капсулѣ печени, будучи отдѣленной отъ нея лишь небольшимъ слоемъ соединительной ткани, на другихъ же срѣзахъ, взятыхъ изъ болѣе периферическихъ частей опухоли, между полостями и капсулой печени виденъ различной величины слой печеночной ткани. Наряду съ участками, состоящими изъ большихъ полостей, до 0,5 mm. въ діаметрѣ, видны участки, состоящіе

изъ соединительной ткани, пронизанной многочисленными капиллярами. Среди этихъ соединительнотканныхъ участковъ кое-гдѣ имѣется круглоклѣточный инфильтратъ. Кое-гдѣ стѣнки между сосѣдними полостями сообщаются между собою. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Лишь въ нѣкоторыхъ полостяхъ, расположенныхъ преимущественно по периферіи опухоли, количество послѣднихъ преобладаетъ. Стѣнки полостей выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Онѣ различной толщины и состоятъ изъ фиброзной соединительной ткани. Кромѣ того между полостями встрѣчаются широкія прослойки соединительной ткани, то болѣе молодой, пронизанной капиллярными сосудами, то болѣе старой, содержащей желчные протоки и большіе сосуды. Благодаря нахожденію упомянутыхъ участковъ соединительной ткани, опухоль пріобрѣтаетъ смѣшанный видъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, видно много эластической ткани, при чемъ въ перегородкахъ между полостями она располагалась въ видѣ довольно значительнаго количества тоненькихъ волоконецъ.

Граница съ печенью представляется въ видѣ неровной линіи, собственной капсулы у опухоли не видно. Въ отдѣльныхъ мѣстахъ полости опухоли граничатъ съ интерлобулярной соединительной тканью. Стѣнки полостей около печени представляются въ видѣ довольно широкихъ слоевъ соединительной ткани. Въ одномъ мѣстѣ недалеко отъ опухоли большая вѣтвь воротной вены дѣлится на двѣ вѣтви, изъ которыхъ одна находится въ связи съ гемангіомой (см. *табл. VII, рис. 30*). Мѣстами видна разсѣянная жировая инфильтрація печеночной ткани.

Итакъ, у мужчины 40 лѣтъ найдена при вскрытіи на поверхности правой доли печени небольшая опухоль. Послѣдняя оказалась смѣшаннаго строенія: наряду съ участками, состоящими изъ кавернозныхъ полостей, видны участки изъ соединительной ткани какъ болѣе молодой, такъ и болѣе старой. Очевидно мы здѣсь имѣемъ дѣло съ однимъ изъ исходовъ кавернозной гемангіомы, съ развитіемъ соединительной ткани между полостями.

Особый интересъ представляетъ отсутствіе собственной капсулы вокругъ опухоли, наличность большихъ сосудовъ и желчныхъ протоковъ въ соединительной ткани между полостями опухоли, а также несомнѣнная связь опухоли съ вѣтвью v. portae.

СЛУЧАЙ LVI.

М. 46 л. Кл. діагн.: Aortitis subacuta. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 7. XII. 1911 г. Пр. вскр. № 229.

Пат.-анат. діагн.: Endocarditis chronica valvulae bicuspidalis. Endocarditis recurrens valvularum aortae. Hypertrophia excentrica ventriculi sin. et hypertrophia simplex ventriculi dextri cordis (cor bovinum). Sclerosis myocardii. Hyperaemia passiva et oedema pulmonum. Ascites. Nephritis et degeneratio amyloidea renum. Hyperplasia lienis chronica. Cirrhosis hepatis cardiaca. Hyperaemia et haemorrhagia intestini crassi. Oedema meningum et cerebri. Oedema extremitatis inferioris. Haemangioma cavernosum hepatis.

Размѣры печени: правая доля—20×19×9 cm., лѣвая доля 12×8×6,5 cm. Печень очень плотная, очень застойная и нѣсколько зернистая. На передней поверхности правой доли видно темно-синее пятно круглой формы, діаметромъ около 1 cm. По окружности опухоли на ея границѣ съ печеночной тканью имѣется какъ бы вдавленіе. На разрѣзѣ видна опухоль ячеистаго строенія.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія залиты въ целлоидинъ кусочки изъ двухъ различныхъ мѣстъ опухоли. Опухоль расположена непосредственно подъ капсулой печени и состоитъ изъ многочисленныхъ полостей, преимущественно небольшой величины, около 0,18 mm. 0,3 mm. въ діаметрѣ. Наряду съ такого размѣра полостями встрѣчаются и большія, получившіяся, благодаря разрыву перегородокъ и сліянію мелкихъ полостей. Форма полостей различная: мелкія полости круглой формы, большія овальной и многоугольной. Въ однѣхъ полостяхъ содержимое составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ, въ другихъ количество послѣднихъ значительно. Во многихъ полостяхъ имѣются смѣшанные тромбы. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной ядрами. Со стороны полостей стѣнки ихъ выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Толщина стѣнокъ въ общемъ небольшая —около 12 μ., хотя попадаются и болѣе тонкія и значительно болѣе толстыя стѣнки.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей открываются пучки тоненькихъ эластическихъ волоконъ.

На периферіи опухоли иногда попадаются участки соединительной ткани, содержащей клѣтки съ многочисленными веретенообразными вытянутыми ядрами (фибробласты). Среди этой ткани встрѣчаются небольшія полости. Между опухолью и капсулою печени лишь на нѣкоторыхъ срѣзахъ кое-гдѣ замѣтны остатки ткани печени (желчные протоки). Въ остальныхъ мѣстахъ стѣнки полостей непосредственно переходятъ въ соединительную ткань капсулы печени. Граница опухоли съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи. Въ однихъ мѣстахъ полости опухоли выбухаютъ въ ткань печени, въ другихъ между полостями и паренхимой печени располагаются отрѣзки интерлобулярной ткани, въ третьихъ мѣстахъ виденъ между полостя-

ми и печеночной тканью различной ширины тяжъ изъ соединительной ткани, находящейся въ связи съ межуточной соединительною тканью печени. Непосредственныхъ сообщеній между просвѣтомъ полостей и капиллярами печени не замѣчается.

Капсула печени немного утолщена и морщиниста. Сама печень рѣзко измѣнена. Виденъ рѣзкій ея застой; печеночныя трабекулы истончены и во многихъ мѣстахъ исчезли. Въ центрѣ и въ периферіи долекъ замѣтно значительное разрастаніе соединительной ткани (cirrhosis cardiaca). Въ интерлобулярной ткани печени круглоклѣточный инфильтратъ. Несмотря на то, что въ нѣкоторыхъ участкахъ печени были очень рѣзко выраженныя явленія застоя (сильное расширеніе капилляровъ, полная атрофія печеночныхъ клѣтокъ), нигдѣ не удалось обнаружить образованія кавернозныхъ полостей изъ расширенныхъ капилляровъ печени.

Итакъ, у мужчины 46 л., умершаго отъ порока сердца, была найдена случайно при вскрытіи на передней поверхности правой доли печени небольшая кавернозная гемангіома.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ одновременномъ нахожденіи рѣзкаго сердечнаго цирроза и одиночной кавернозной гемангіомы. Оба измѣненія, какъ я имѣлъ возможность убѣдиться при изученіи этого случая, не находятся ни въ какой связи другъ съ другомъ. Судя по размѣрамъ опухоли (ок. 1 cm. въ діаметрѣ), строенію ея стромы (волокнистая соединительная ткань, бѣдная ядрами) и рѣзкой отграниченности узла, можно считать, что гемангіома существовала уже давно. Отсутствіе переходныхъ формъ между застойными участками и полостями гемангіомы и нахожденіе лишь одиночнаго узла опухоли—также говоритъ противъ генетической связи между застоемъ въ печени и образованіемъ кавернозной гемангіомы. Въ гемангіомѣ отмѣчается процессъ истонченія и даже разрыва стѣнокъ кавернозныхъ полостей, тогда какъ въ самой печени происходитъ обратный процессъ — пронизываніе органа сперва тончайшими, а затѣмъ болѣе широкими соединительнотканными волокнами.

Застой въ печени отразился въ самой опухоли въ видѣ замедленія тока крови въ ея полостяхъ и содѣйствовалъ, повидимому, образованію многочисленныхъ тромбовъ.

СЛУЧАЙ LVII.

Ж. 50 л. Кл. діагн.: Gastroenteritis acutissima (?). Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 6. VI. 1910 г. Пр. вскр. № 175 (проф. *Д. П. Кишенскій*).

Пат.-анат. діагн.: Gastroenteritis acuta. Hyperaemia passiva pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Dilatatio cordis in gradu summo. Atrophia lienis senilis. Haemangioma cavernosum hepatis.

Въ содержимомъ тонкихъ кишекъ на одесской бактеріологической станціи (№ 1998) были найдены вибріоны холеры.

Печень была мала и блѣдна; края мѣстами были закруглены; на разрѣзѣ она была блѣдно-желтаго цвѣта. На передней поверхности лѣвой доли находилось большое темно-синее пятно четырехугольной формы съ закругленными краями. Размѣры пятна: 2 × 2,5 cm. Съ одной стороны уровень пятна значительно ниже уровня печени, отъ которой это пятно отдѣлено ясно выраженной бороздой; на днѣ послѣдней замѣтенъ небольшой кровеносный сосудъ. Разница въ уровняхъ пятна и печени особенно рѣзко замѣтна въ одномъ изъ угловъ четырехугольника, образованнаго пятномъ, въ близлежащихъ же углахъ эта разница постепенно сглаживается и въ четвертомъ углу сходитъ на нѣтъ, такъ что ясно очерченной границы между печенью и пятномъ уже не имѣется. Въ одномъ изъ этихъ угловъ виденъ ограниченный темно-синій бугорокъ, діаметромъ около 3 mm., возвышающійся надъ остальнымъ уровнемъ пятна. На разрѣзѣ пятна обнаруживается опухоль, распространяющаяся вглубь печени на протяженіи 2—2,5 cm. Опухоль губчатаго строенія и уже при разсматриваніи простымъ глазомъ представлялась переполненною кровью.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія были вырѣзаны кусочки изъ различныхъ мѣстъ опухоли. Опухоль состоитъ изъ обособленныхъ узловъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга болѣе или менѣе широкими прослойками соединительной ткани. Эти узлы особенно ясно выдѣляются по периферіи подъ капсулой печени, но замѣтны и въ остальныхъ мѣстахъ опухоли. Въ центральныхъ частяхъ опухоли дѣленіе на отдѣльные узлы менѣе замѣтно. Вся опухоль состоитъ изъ полостей, раздѣленныхъ соединительнотканными перегородками. Величина полостей очень разнообразная. Наряду съ участками, состоящими изъ болѣе крупныхъ полостей, съ діаметромъ около 4 mm., видны многочисленные участки, состоящіе изъ мелкихъ полостей капиллярнаго типа, съ діаметромъ просвѣта ок. 40 μ. Между участками, состоящими изъ полостей различной величины, особой границы не имѣется и видны всѣ переходы, начиная отъ маленькихъ и кончая большими полостями. Полости сообщаются другъ съ другомъ. Въ участкахъ, состоящихъ изъ малыхъ полостей, сообщенія между ними сравнительно рѣдки, а въ участкахъ, состоящихъ изъ большихъ полостей, эти сообщенія, образующіяся благодаря разрывамъ стѣнокъ, встрѣчаются гораздо чаще. Наконецъ, видны участки, въ которыхъ различить отдѣльныя

полости является затруднительнымъ, такъ какъ многія изъ нихъ широко сообщаются между собою и ихъ перегородки превратились въ небольшіе отрѣзки соединительной ткани, кое-гдѣ выступающіе среди содержимаго полостей. Форма полостей является различною: малыя представляются преимущественно круглыми или овальными, большія же принимаютъ самыя причудливыя формы, благодаря какъ сдавленію сосѣдними полостями, такъ и сліянію нѣсколькихъ въ одну. Содержимое полостей состоитъ преимущественно изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Полости биткомъ набиты форменными элементами крови. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ попадаются значительныя кучки какъ бы осѣвшихъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, въ другихъ видны нити фибрина, иногда сплошь закупоривающія просвѣты. Послѣднее явленіе, однако, встрѣчается не часто. Стѣнки полостей выстланы однорядным эндотеліемъ и состоять изъ соединительной ткани. Послѣдняя въ большинствѣ стѣнокъ богата ядрами, въ нѣкоторыхъ же она бѣдна ядрами и представляется гіалинизированною. Кое-гдѣ встрѣчается круглоклѣточный инфильтратъ. Въ одномъ мѣстѣ среди полостей опухоли былъ небольшой участокъ круглоклѣточнаго инфильтрата, въ которомъ видны были эпителіоидныя клѣтки и одна гигантская клѣтка.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей видны тонкія эластическія волокна.

Граница опухоли очень ясно видна и представляется въ видѣ неровной линіи. Отъ капсулы печени опухоль отдѣляется то тоненькой прослойкой соединительной ткани, то болѣе широкой полосой, содержащей большіе и малые сосуды, желчные протоки и отдѣльныя кучки печеночныхъ клѣтокъ. Соединительная ткань въ этихъ мѣстахъ содержитъ мало ядеръ. Отъ печеночной ткани опухоль также отдѣлена широкой полосой соединительной ткани, сообщающейся съ крупными тяжами интерлобулярной ткани. Въ упомянутой полосѣ соединительной ткани встрѣчаются большіе сосуды (иногда большія артеріи), желчные протоки и нервные пучки. Лишь въ единичныхъ мѣстахъ полости отдѣляются отъ печеночной паренхимы только собственными стѣнками, которыя однако въ такихъ мѣстахъ достаточно широки (достигаютъ толщины до 80 μ.). Въ печени клѣтки паренхимы представляются атрофичными, кое-гдѣ въ нихъ имѣется бурый пигментъ. Ближайшія къ опухоли вѣтви воротной вены замѣтно расширены. Въ одной крупной вѣтви a. hepaticae, проходящей вблизи опухоли, рѣзкій эндартеріитъ, поведшій почти къ полному закрытію просвѣта. Въ одномъ участкѣ печени гнѣздное кровоизліяніе.

Итакъ, у женщины 50 лѣтъ, умершей отъ холеры, случайно при вскрытии была найдена на поверхности лѣвой доли старчески атрофированной печени большая, рѣзко ограниченная кавернозная опухоль. Опухоль состояла изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ узловъ и представляла обычную гистологическую картину.

Интересъ даннаго случая заключается въ наличности переходныхъ формъ между малыми и большими полостями и, несомнѣнно, имѣвшихъ мѣсто постепенныхъ разрывовъ стѣнокъ полостей и сліянія нѣсколькихъ въ одну. Кромѣ того представляетъ значительный интересъ нахожденіе эластической ткани какъ въ стѣнкахъ полостей, такъ и въ плотной соединительнотканной капсулѣ, которая находилась въ окружности опухоли. Эта капсула получилась въ результатѣ отдавливанія опухолью прослоекъ интерлобулярной ткани. Наличность капсулы въ окружности опухоли и отсутствіе кавернозныхъ полостей, выбухающихъ въ печеночную ткань, говорятъ за то, что ростъ опухоли, повидимому, остановился. Очевидно, что изслѣдованная опухоль существовала давно и находилась уже въ начальной стадіи обратнаго развитія (гіалинозъ стѣнокъ, образованіе тромбовъ).

СЛУЧАЙ LVIII.

М. 52 л. Кл. діагн.: Typhus recurrens. Умеръ въ О.Н.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.Н.Г.Б.) 18. II. 1910 г.

Д-ромъ *М. А. Мисиковымъ* мнѣ любезно былъ предоставленъ[1]) для изслѣдованія небольшой клиновидный кусочекъ края печени умершаго, фиксированный въ формалинѣ.

При разсматриваніи простымъ глазомъ видно, что на разстояніи 0,5 cm. отъ заостреннаго края печени имѣется овальной формы опухоль синяго цвѣта, занимающая почти весь край печени. Наибольшій діаметръ опухоли—0,9 cm. Капсула печени морщиниста вообще и въ частности надъ опухолью. На разрѣзѣ оказалось, что опухоль рѣзко отграничена отъ окружавшей ее ткани печени, темно-краснаго цвѣта и губчатаго строенія.

Для микроскопическаго изслѣдованія присланный кусочекъ былъ разрѣзанъ на три части. Въ первой части опухоли нѣтъ и виденъ лишь поперечно перерѣзанный большой сосудъ, во второй отмѣчается начало опухоли, которою занята лишь часть клина печеночной ткани, въ третьей видно продолженіе опухоли на мѣстѣ наибольшаго ея распространенія, при чемъ весь поперечникъ клина занятъ ею.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи въ *первой* части замѣтны сильно расширенныя и наполненныя кровью вѣтви воротной и пече-

---

[1]) За предоставленіе этого препарата приношу глубокоуважаемому д-ру *М. А. Мисикову* свою благодарность.

ночной вены. Одна изъ вѣтвей воротной вены особенно широка и, повидимому, сообщается съ опухолью. Капсула печени сморщена, печеночныя клѣтки края печени атрофированы; кое-гдѣ виденъ кругло-клѣточный инфильтратъ.

Во *второй* части препарата на первыхъ срѣзахъ замѣтно, какъ опухоль со всѣхъ сторонъ окружена печеночной тканью и къ ней близко подходитъ расширенная и наполненная кровью вѣтвь воротной вены. Опухоль на этихъ срѣзахъ состоитъ изъ 4 большихъ полостей, діаметромъ каждая около 0,9 mm.; изъ нихъ одна образована путемъ сліянія двухъ меньшихъ и нѣсколькихъ маленькихъ полостей. Между полостями видны тонкія соединительнотканныя перегородки, толщина которыхъ равна ок. 16 μ. Онѣ выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Отдѣльной капсулы у опухоли нѣтъ. На послѣдующихъ срѣзахъ отмѣчается, что размѣры опухоли становятся все больше, что она ближе и ближе подходитъ къ капсулѣ печени и что, наконецъ, она отдѣлена отъ капсулы лишь соединительнотканными прослойками, среди которыхъ кое-гдѣ видны отдѣльныя печеночныя клѣтки. Кромѣ описанныхъ большихъ полостей по периферіи опухоли въ большомъ количествѣ видны полости меньшаго калибра, болѣе продолговатой формы, какъ бы сплющенныя, съ поперечнымъ діаметромъ отъ 78 до 156 μ. Перегородки между малыми полостями такого же типа, какъ и между большими, но нѣсколько болѣе широки. Всѣ полости наполнены красными кровяными шариками съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ къ опухоли тѣсно примыкаютъ участки интерлобулярной ткани съ сосудами и желчными протоками. Въ этихъ мѣстахъ и около нихъ на границѣ между полостями опухоли и печеночною тканью виденъ широкій слой соединительной ткани, отсутствующій въ другихъ мѣстахъ.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ между полостями она или совсѣмъ не обнаруживается, или же она еле замѣтна и представляется въ видѣ очень тонкихъ волоконецъ.

Въ *третьей* части препарата опухоль занимаетъ весь поперечникъ клина, тѣсно примыкая къ печеночной капсулѣ уже съ обѣихъ сторонъ клина. Проходя надъ опухолью, капсула печени входитъ въ составъ стѣнокъ полостей, непосредственно лежащихъ подъ нею. Въ срѣзахъ изъ этихъ мѣстъ оказывается, что опухоль состоитъ изъ большого числа полостей различной величины. Въ центральныхъ частяхъ опухоли полости раздѣлены другъ отъ друга очень тонкими соединительнотканными перегородками, а въ периферическихъ частяхъ—нѣсколько болѣе широкими. Въ перегородкахъ лишь кое-гдѣ встрѣтились тонкія эластическія волокна (при окраскѣ по Weigert'у), гладкихъ же мышечныхъ волоконъ совершенно не найдено. Многія полости сообщаются между собою, въ просвѣтахъ нѣкоторыхъ видны отрѣзки перегородокъ. Полости выстланы однослойнымъ эндотеліемъ и наполнены красными кровяными шариками съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ. Тромбовъ не найдено. На границѣ съ печенью въ одномъ мѣстѣ видна широкая полоса соединительной ткани, до 70 μ. шири-

ною, содержащая мелкіе кровеносные сосуды и сдавленные желчные протоки. Собственной капсулы опухоли и въ этой части препарата не видно. Заостренный край печени, содержащій подъ капсулой соединительную ткань, сосуды, желчные протоки и лишь кое-гдѣ отдѣльныя печеночныя клѣтки, является типичнымъ при старческой атрофіи печени. Капсула печени сморщена. Вѣтви воротной и печеночной вены наполнены кровью. Кое-гдѣ имѣется круглоклѣточный инфильтратъ.

Резюмируя вышеизложенное, оказывается, что у мужчины 52 лѣтъ случайно при вскрытіи была найдена въ области края атрофированной печени одиночная небольшая опухоль, по своему микроскопическому строенію принадлежащая къ сосудистымъ (haemangioma cavernosum). Строеніе опухоли—типическое для кавернозной гемангіомы. Отмѣчалось образованіе большихъ полостей путемъ разрыва и уничтоженія перегородокъ между отдѣльными полостями и сліянія двухъ или нѣсколькихъ малыхъ полостей.

Интересъ даннаго случая заключается въ отсутствіи собственной капсулы опухоли, полномъ отсутствіи мышечной ткани въ перегородкахъ и лишь крайне незначительной наличности въ нихъ эластической ткани. Кромѣ того отмѣчено, что опухоль, повидимому, находилась въ связи съ крупной вѣтвью воротной вены, найденной въ первой части препарата.

СЛУЧАЙ LIX.

М. 57 л. Кл. діагн.: Carcinoma vesicae urinariae. Умеръ въ О.Н.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.Н.Г.Б.) 28. III. 1909 г.

Пат.-анат. діагн.: Pleuropneumonia gangraenosa sin. Oedema pulmonum. Arteriosclerosis. Degeneratio adiposa cordis. Nephritis interstitialis chronica. Fistula pubo-vesicalis post operationem. Neoplasma malignum fundi vesicae urinariae. Haemangioma cavernosum hepatis.

Для изслѣдованія д-ромъ *М. А. Мисиковымъ* мнѣ любезно былъ предоставленъ[1]) небольшой кусочекъ правой доли печени, въ которой подъ капсулой видна небольшая, діаметромъ около 4 mm., круглой формы гемангіома. Опухоль напоминала по формѣ тутовую ягоду, при чемъ на разрѣзѣ ясно замѣтно, какъ отдѣльные ея участки куполообразно вдвигаются въ печеночную ткань.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что опухоль со

---

[1]) За предоставленіе этого препарата приношу глубокоуважаемому д-ру *М. А. Мисикову* свою благодарность.

стоитъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины (отъ 0,09—0,72 mm. въ діаметрѣ) и формы, расположенныхъ непосредственно подъ капсулой печени. Нѣкоторыя изъ нихъ на срѣзахъ представляются замкнутыми, другія между собою сообщаются. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительной примѣсью бѣлыхъ; въ нѣкоторыхъ полостяхъ встрѣчаются смѣшанные тромбы.

Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Между полостями видна межуточная ткань, состоящая изъ волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Между сосѣдними полостями эта соединительная ткань имѣетъ видъ перегородокъ, то тонкихъ, шириною около 8 μ. (встрѣчаются чаще), то толстыхъ, достигающихъ ширины 35 μ. Нѣкоторыя перегородки представляются атрофированными и разорванными, благодаря чему наблюдаются широкія сообщенія между сосѣдними полостями и образованіе большихъ полостей путемъ сліянія малыхъ. Въ периферическихъ частяхъ опухоли въ составъ перегородокъ кое-гдѣ входятъ атрофированныя печеночныя клѣтки.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, она открывается въ межуточной ткани въ видѣ тоненькихъ, извивающихся волоконецъ.

Граница между опухолью и печенью представляется въ видѣ извилистой линіи. Мѣстами вокругъ опухоли имѣется на довольно значительномъ протяженіи соединительнотканная капсула; мѣстами между полостями опухоли и печеночными клѣтками имѣются участки междольковой ткани, въ которыхъ видны кровеносные сосуды, желчные протоки, а, иногда, скопленія круглыхъ одноядерныхъ клѣтокъ; наконецъ, мѣстами кавернозныя полости располагаются непосредственно около печеночныхъ клѣтокъ, бухтообразно выпячиваясь въ печеночную ткань. Нѣкоторыя полости даже со всѣхъ сторонъ окружены печеночными клѣтками (см. *табл. VIII, рис. 31*), а нѣкоторыя почти со всѣхъ сторонъ.

Сама печень представляется рѣзко измѣненной: она застойна и рѣзко атрофирована. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ капилляры печени сильно растянуты кровью, кое-гдѣ до небольшихъ полостей. Сосуды печени, особенно вены, также расширены. Нѣкоторые сосуды близко подходятъ къ опухоли. Въ нѣкоторыхъ артеріяхъ стѣнки утолщены и гіалинизированы. Кромѣ того въ печени наблюдаются жировая инфильтрація и значительныя воспалительныя явленія: круглоклѣточный инфильтратъ открывается не только въ интерлобулярной ткани, но и внутри долекъ. Около v. centralis и расширенныхъ капилляровъ наблюдается незначительное развитіе соединительной ткани. Хотя вблизи опухоли также найдены расширенные капилляры печени, однако нигдѣ между ними и полостями опухоли не удалось констатировать сообщенія. Также не удалось установить переходныхъ формъ между расширенными капиллярами печени и кавернозными полостями опухоли.

Итакъ, у мужчины 57 лѣтъ, у котораго наблюдалась злокачественная опухоль мочевого пузыря и который умеръ отъ крупозной пневмоніи, случайно при вскрытіи была найдена въ области правой доли застойной печени одиночная небольшая кавернозная гемангіома (haemangioma cavernosum).

Интересъ даннаго случая заключается, во-первыхъ, въ одновременномъ существованіи рѣзкаго застоя и сосудистой опухоли печени и, во-вторыхъ, въ несомнѣнномъ отсутствіи связи между обоими этими процессами. Ростъ опухоли нельзя считать вполнѣ законченнымъ. На это указываетъ выбуханіе полостей въ печеночную ткань. Интересно также отмѣтить наличность печеночныхъ клѣтокъ въ перегородкахъ тѣхъ полостей, которыя расположены въ периферическихъ частяхъ опухоли.

СЛУЧАЙ LX.

М. 57 л. Кл. діагн.: Carcinoma hepatis et ventriculi. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 21. V. 1912 г. Пр. вскр. № 100.

Пат.-анат. діагн.: Tumor cavi abdominis. Tumores pleurarum, capsulae fibrosae renum et hepatis. Haemorrhagiae in cavum ventriculi et intestinorum. Hyperaemia passiva et oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Icterus. Angiocholitis purulenta. Haemangioma cavernosum hepatis.

Печень рѣзко увеличена (раза въ два). На разрѣзѣ изъ желчныхъ ходовъ выдѣляется гной. Между ободочной кишкой и печенью имѣется бугристая опухоль, величиною съ голову взрослаго человѣка, совершенно разрушившая желчный пузырь, отъ котораго сохранилась лишь полость. Подъ этой опухолью около позвоночника имѣется другая, также бугристая опухоль, величиной съ яблоко. Въ ткани печени видны небольшіе, величиною съ горошину и меньше, круглые узлы опухоли. Въ толщѣ правой доли печени на разрѣзѣ открывается небольшая, величиной съ десятикопѣечную серебряную монету, ячеистая темно-красная неправильной формы опухоль.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи, опухоль, найденная около позвоночника, оказалась круглоклѣточной саркомой, мѣстами некротизированной и развившейся, по всей вѣроятности, изъ лимфатическихъ железъ, а небольшіе узлы въ печени оказались цилиндроклѣточнымъ ракомъ. Подробное изслѣдованіе этого случая, къ сожалѣнію, не было произведено. Можно лишь сдѣлать предположеніе, что въ данномъ случаѣ имѣлось одновременное развитіе первичнаго рака

желчнаго пузыря, давнаго метастазы въ печени, и саркомы забрюшинныхъ лимфатическихъ железъ.

Опухоль ячеистаго строенія въ правой долѣ печени оказалась кавернозной гемангіомой. Послѣдняя опухоль состоитъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины и формы. Преобладаютъ полости маленькаго размѣра, но встрѣчаются въ незначительномъ количествѣ и большія, достигающія до 1,2 mm. въ діаметрѣ. Очень многія полости сообщаются между собою. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительной примѣсью бѣлыхъ. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань опухоли состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, которая въ однихъ мѣстахъ содержитъ довольно много ядеръ, въ другихъ бѣдна ими. Между сосѣдними полостями эта межуточная ткань представляется въ видѣ перегородокъ, достигающихъ въ ширину отъ 18 до 60 μ. Въ соединительнотканныхъ перегородкахъ центральныхъ частей опухоли встрѣчается круглоклѣточный инфильтратъ, въ таковыхъ же периферическихъ частей опухоли попадаются печеночныя клѣтки, расположенныя отдѣльно или группами.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани перегородокъ эластическихъ волоконъ не видно.

Мѣстами перегородки представляются атрофированными, а также прерываются, благодаря чему получаются широкія сообщенія между сосѣдними полостями и сліяніе маленькихъ полостей въ большія. На границѣ съ печенью встрѣчаются участки, которые состоятъ преимущественно изъ волокнистой соединительной ткани съ небольшими полостями; мѣстами же кавернозныя полости опухоли выбухаютъ въ печеночную ткань, такъ что между ними печеночныя клѣтки какъ бы ущемляются. Мѣстами на границѣ между печенью и опухолью открывается интерлобулярная ткань. Наконецъ, въ одномъ мѣстѣ опухоли установлена связь между соединительной тканью полостей и соединительной тканью стѣнки крупной печеночной вены, а въ другомъ мѣстѣ такая связь обнаруживается между соединительной тканью полостей опухоли и стѣнкою вѣтви воротной вены. Связь состоитъ въ томъ, что соединительнотканныя волокна стѣнокъ упомянутыхъ венъ непосредственно переходятъ въ соединительную ткань, образующую перегородки между полостями гемангіомы.

Недалеко отъ описанной гемангіомы видна группа (4—5) небольшихъ полостей кавернознаго типа, расположенная около стѣнки упомянутой выше вѣтви v. portae, при чемъ соединительная ткань стѣнки послѣдней также незамѣтно переходитъ въ соединительную ткань, раздѣляющую кавернозныя полости.

Въ самой печени найдены значительныя измѣненія. Многочисленные узлы оказались раковыми. Желчные протоки расширены и наполнены желчью и гнойными клѣтками. Въ желчныхъ капиллярахъ и печеночныхъ клѣткахъ явленія застоя желчи. Въ послѣднихъ мѣстами некрозъ. Въ интерлобулярной ткани печени мѣстами круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, у мужчины 57 лѣтъ случайно при вскрытіи была найдена въ толщѣ правой доли печени небольшая кавернозная гемангіома. Одновременно въ печени имѣлись узлы цилиндроклѣточковой раковой опухоли.

Интересъ даннаго случая заключается въ наличности комбинаціи у одного и того же человѣка доброкачественной (гемангіома) и злокачественныхъ опухолей, какъ эпителіальнаго (ракъ), такъ и соединительнотканнаго (саркома) типа. Въ печени найдены опухоли двухъ видовъ—гемангіома и раковые узлы. Далѣе представляетъ интересъ необычная локализація одиночной гемангіомы въ глубинѣ правой доли печени. Укажу также на существовавшую связь между соединительной тканью гемангіомы и соединительной тканью какъ стѣнки одной изъ вѣтвей воротной вены, такъ и стѣнки одной изъ вѣтвей печеночной вены. Наконецъ, обращаетъ на себя вниманіе наличность небольшого участка, состоявшаго изъ нѣсколькихъ кавернозныхъ полостей и находившагося недалеко отъ описанной гемангіомы. Этотъ участокъ оказался также связаннымъ съ той же вѣтвью воротной вены, со стѣнкой которой была соединена вышеописанная гемангіома.

СЛУЧАЙ LXI.

М. 57 л. Кл. діагн.: Meningitis? Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 7. V. 1910 г. Пр. вскр. № 149.

Пат.-анат. діагн.: Pleuropneumonia lobi inferioris pulmonis sin. Emphysema pulmonum in gradu summo. Myocarditis fibrosa. Sclerosis valvulae mitralis.

Печень дрябла, размѣры 30 × 16 cm. Ткань на разрѣзѣ мускатна. На поверхности печени въ различныхъ мѣстахъ видны ограниченные участки, окрашенные въ темно-синій цвѣтъ. Кромѣ нихъ на передней поверхности правой доли печени имѣется рѣзко ограниченный, тоже темно-синяго цвѣта участокъ, надъ которымъ капсула печени представляется сморщенной.

Для изслѣдованія были взяты послѣдній участокъ и еще три участка печени, окрашенныхъ въ темно-синій цвѣтъ.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи въ послѣднихъ трехъ участкахъ найденъ рѣзкій застой въ области корней центральныхъ венъ и явленія атрофіи печени: морщинистость капсулы и большое количество бураго пигмента въ печеночной паренхимѣ.

Въ участкѣ правой доли печени оказалась сосудистая опухоль,

состоящая изъ полостей, наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ соединительнотканными перегородками, которыя были выстланы однорядныиъ эндотеліемъ. Величина полостей различна. Наряду съ участками, состоящими изъ болѣе мелкихъ полостей, достигающихъ около 0,18 mm. въ діаметрѣ, встрѣчаются участки, состоящіе изъ гораздо бо́льшихъ полостей, изъ которыхъ нѣкоторыя достигаютъ до 1,8 mm. въ діаметрѣ. Форма полостей также весьма различна: встрѣчаются круглыя, овальныя, вытянутыя и многоугольныя. Большинство полостей сообщается между собою. Ихъ стѣнки большею частію, особенно въ центральныхъ частяхъ опухоли, тонки и состоятъ изъ соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Коегдѣ въ перегородкахъ полостей видны гомогенные участки, очевидно, гіалиново измѣненной ткани, въ болѣе широкихъ стѣнкахъ полостей находятся сосуды капиллярнаго типа, а также довольно крупныя артеріи. Наконецъ, попадаются участки круглоклѣточнаго инфильтрата.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей обнаруживаются многочисленныя эластическія волокна—тоненькія на периферіи опухоли и болѣе толстыя въ ея центральныхъ частяхъ. Наиболѣе тонкія волоконца эластической ткани открываются въ стѣнкахъ полостей, выбухающихъ въ печеночную ткань.

Существуетъ опредѣленное соотношеніе между величиной полостей и толщиной ихъ стѣнокъ: большія полости обычно окружены болѣе тонкими стѣнками, маленькія полости—болѣе толстыми. Содержимое полостей состоитъ главнымъ образомъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ; лишь кое-гдѣ видны отдѣльныя кучки лейкоцитовъ, возлѣ которыхъ иногда располагаются нити фибрина.

Граница опухоли съ печенью представляется въ видѣ неровной линіи. Собственной капсулы у опухоли не видно. Во многихъ мѣстахъ отдѣльныя полости различной величины или группы полостей выбухаютъ въ печеночную паренхиму. Нѣкоторыя полости почти со всѣхъ сторонъ окружаются печеночными клѣтками, другія отдѣлены другъ отъ друга печеночными клѣтками и желчными протоками. Въ другихъ мѣстахъ къ полостямъ опухоли близко подходятъ отрѣзки интерлобулярной ткани, переходящей въ стѣнки полостей. Въ послѣднемъ случаѣ полости отдѣлены отъ печеночныхъ клѣтокъ иногда очень широкой полосой соединительной ткани, содержащей сосуды, желчные протоки и, часто, круглоклѣточный инфильтратъ. Далѣе, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по периферіи опухоли виденъ рядъ мелкихъ сосудовъ и полостей, окруженныхъ молодой соединительной тканью, богатой ядрами и распространяющейся и между прилежащими печеночными клѣтками.

Ткань печени представляетъ рѣзкія измѣненія: виденъ застой, преимущественно въ области центральныхъ венъ. Печеночныя клѣтки атрофированы, во многихъ мѣстахъ въ нихъ видно большое количество бураго пигмента. Въ другихъ мѣстахъ отмѣчаются явленія реге-

нераціи печеночной ткани. Въ междольковой ткани кое-гдѣ имѣется круглоклѣточный инфильтратъ. Капсула печени сморщена.

Итакъ, у мужчины 57 лѣтъ съ рѣзкими измѣненіями въ области сердца и легкихъ при вскрытіи было найдено въ застойной печени нѣсколько участковъ, макроскопически очень похожихъ на сосудистыя опухоли. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило лишь одну кавернозную гемангіому на поверхности правой доли. Въ остальныхъ участкахъ былъ найденъ только сильный застой крови.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ наличности лишь одиночной сосудистой опухоли въ рѣзко застойной печени, въ отсутствіи собственной капсулы опухоли и въ инфильтративномъ, повидимому, ростѣ опухоли. Кромѣ того необходимо отмѣтить присутствіе эластической ткани въ стѣнкахъ, даже периферически расположенныхъ полостей.

СЛУЧАЙ LXII.

М. 65 л. Умеръ въ О.Н.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.Н.Г.Б.) 6. III. 1910 г.

Пат. анат. діагн.: Typhus recurrens. Emphysema pulmonum. Cicatrices pulmonum. Peribronchitis fibrosa. Bronchitis suppurativa chron. Adhaesiones pleurae. Endocarditis valv. mitralis et valv. aortae. Tumor hepatis et lienis acutus. Nephritis interstitialis chron. Leptomeningitis chron. Tumor cavernosus hepatis.

Для изслѣдованія д-ромъ *М. А. Мисниковымъ* мнѣ былъ любезно предоставленъ[1]) кусокъ правой доли печени, фиксированный въ формалинѣ (5%).

Подъ капсулой печени видна круглой формы опухоль, темно-краснаго цвѣта, діаметромъ около 1,3 cm., нѣсколько приподнимающая капсулу печени. На разрѣзѣ опухоль по своему строенію рѣзко отличается отъ окружающей ее печеночной ткани, на границѣ которой она представляется въ видѣ очень извилистой линіи, такъ какъ отъ главной массы опухоли отходятъ отростки овальной формы, внѣдряющіеся въ печеночную паренхиму. Уже простымъ глазомъ видны какъ ячеистое строеніе опухоли, такъ и перегородки между полостями, достигающія въ нѣкоторыхъ мѣстахъ довольно значительной толщины. Кое-гдѣ замѣтно, что къ опухоли близко подходятъ крупныя вѣтви воротной вены.

При *макроскопическомъ* изслѣдованіи кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ опухоли, оказывается, что вся опухоль состоитъ изъ полостей

[1]) За предоставленіе этого препарата приношу глубокоуважаемому д-ру *М. А. Мисникову* свою благодарность.

самой разнообразной величины и формы. Большинство изъ нихъ сообщается между собою и достигаетъ 0,3—0,4 mm. въ діаметрѣ. Форма ихъ неравномѣрная; круглыхъ полостей почти не видно. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ; въ нѣкоторыхъ же полостяхъ количество послѣднихъ очень велико. Кое-гдѣ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани и представляется въ видѣ перегородокъ между сосѣдними полостями. Большинство этихъ перегородокъ не достигаетъ толщины 15—20 μ., но встрѣчаются и значительно болѣе широкія, діаметромъ въ 40—50 μ. На периферіи опухоли въ составъ перегородокъ иногда входятъ тяжи атрофированныхъ печеночныхъ клѣтокъ и отдѣльные желчные протоки. Во многихъ мѣстахъ перегородки представляются атрофированными и разорванными, благодаря чему наблюдается соединеніе двухъ или нѣсколькихъ сосѣднихъ полостей въ одну большую.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ найдено довольно значительное количество тонкихъ эластическихъ волоконъ.

Мѣстами внутри полостей видны круглые участки, состоящіе изъ плотной, фиброзной ткани, окруженной нѣсколькими рядами концентрически расположенныхъ соединительнотканныхъ вытянутыхъ клѣтокъ (запустѣвшія полости).

Граница между печенью и опухолью представляется въ видѣ очень извилистой линіи и лишь мѣстами эта граница болѣе ровная и здѣсь видна широкая, достигающая въ діаметрѣ до 50—60 μ., капсула изъ волокнистой, бѣдной ядрами, соединительной ткани. Кавернозныя полости опухоли непосредственно примыкаютъ къ этой капсулѣ, при чемъ перегородки съ нею сливаются. Со стороны печени капсула граничитъ то съ печеночными клѣтками, то съ интерлобулярной тканью, съ которой она и сливается. Въ другихъ мѣстахъ полости опухоли непосредственно граничатъ съ печеночною тканью и куполообразно вдвигаются въ нее. Нѣкоторыя полости почти, а другія цѣликомъ окружены печеночными клѣтками. Въ послѣднемъ случаѣ онѣ являются совершенно отдѣленными отъ опухоли. Одна изъ такихъ самостоятельныхъ полостей отдѣлена отъ опухоли широкой полосой соединительной ткани, въ которой различается большое количество желчныхъ протоковъ. Нигдѣ не удалось замѣтить сообщеній между просвѣтомъ полостей опухоли и капиллярами печени.

Капсула печени представляется гіалиново перерожденной и коегдѣ инфильтрированной мононуклеарами. Надъ опухолью она въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по своему строенію рѣзко отличается отъ перекладинъ, въ другихъ мѣстахъ строеніе соединительной ткани капсулы и перекладинъ одинаковое.

По окружности гемангіомы видна жировая инфильтрація печени, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отмѣчается гипертрофія ядеръ печеночныхъ клѣтокъ, а также образованіе гигантскихъ печеночныхъ клѣтокъ. Во

многихъ клѣткахъ печени открывается бурый пигментъ. Въ междольковой соединительной ткани кое-гдѣ видны скопленія круглыхъ клѣтокъ. Артеріальные сосуды печени склерозированы, вѣтви же воротной вены расширены и наполнены кровью. Нѣкоторыя ея вѣтви довольно близко подходятъ къ опухоли.

Изъ приведеннаго оказывается, что у старика 65 лѣтъ, умершаго отъ возвратнаго тифа, при вскрытіи была найдена въ правой долѣ печени небольшая, расположенная поверхностно, кавернозная гемангіома.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ наличности признаковъ продолжающагося роста опухоли. На это указываютъ, какъ мнѣ кажется, слѣдующіе признаки: во-первыхъ, выбухающія и какъ бы самостоятельныя полости по окружности опухоли, во-вторыхъ, отсутствіе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ясной капсулы кругомъ опухоли, и, въ-третьихъ, явленія какъ атрофіи, такъ и регенераціи въ сосѣдней съ опухолью печеночной ткани. Отмѣчу, что наряду съ участками разрастающихся полостей видны и запустѣвшія полости. Кромѣ того представляетъ большой интересъ наличность печеночныхъ клѣтокъ въ перегородкахъ тѣхъ полостей, которыя расположены въ периферическихъ частяхъ опухоли.

СЛУЧАЙ LXIII.

М. 65 л. Кл. діагн.: Marasmus senilis. Myocarditis. Bronchitis chron. Pneumonia chron. Pleuropneumonia. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К. О.С.Г.Б.) 9. III. 1909 г. Пр. вскр. № 120 (д-ръ мед. *I. Ф. Пожарискій*).

Пат.-анат. діагн.: Caverna lobi superioris pulmonis sinistri. Gangraena circumscripta lobi inferioris pulmonis sinistri post pneumoniam. Pneumothorax. Pleuritis fibrinosa. Myocarditis fibrosa. Arteriosclerosis. Nephritis et arteriosclerosis. Hydrocele sin. Retentio testiculi dextri. Tumor cavernosus hepatis.

Длина печени — 14 cm., ширина — 24 cm. Поверхность разрѣза гладка, слегка мускатна. Въ глубинѣ правой доли плотный темно-красный участокъ, рѣзко ограниченный, величиной съ 50-копѣечную серебр. монету. Для изслѣдованія былъ сохраненъ рядъ кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ опухоли.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказывается, что опухоль въ большей своей части состоитъ изъ полостей различной величины и формы, различно сообщающихся между собою. Очень маленькихъ полостей почти нѣтъ, діаметръ наименьшихъ достигаетъ 0,03 mm. Большинство полостей представляется средней величины, около 0,2 mm.

въ діаметрѣ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики, среди которыхъ имѣются лейкоциты, расположенные въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ довольно значительномъ количествѣ въ видѣ кучекъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны тромбы, обычно въ начальныхъ стадіяхъ своего образованія. Среди крови въ полостяхъ попадаются небольшіе тяжи соединительной ткани, обычно обложенные съ двухъ сторонъ эндотеліемъ (перерѣзанныя въ различныхъ направленіяхъ части перегородокъ между полостями). Стѣнки полостей сплошь выстланы однимъ рядомъ плоскихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Перегородки между полостями преимущественно тонкія, достигающія въ среднемъ толщины отъ 4 до 8 μ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ между полостями эластическихъ волоконъ не найдено.

Въ центральныхъ частяхъ опухоли встрѣчаются участки, въ которыхъ дѣленія на отдѣльныя полости уже не существуетъ: среди крови на значительномъ протяженіи видны лишь безпорядочно расположенные обрывки перегородокъ. Кое-гдѣ видны короткія, болѣе толстыя перегородки, шириною ок. 0,28 mm., отъ которыхъ берутъ начало болѣе тонкія. Болѣе толстыя перегородки состоятъ изъ соединительной ткани, мѣстами плотной, гомогенной, мѣстами же богатой ядрами и содержащей кровеносные сосуды маленькаго калибра. Тонкія перегородки состоятъ изъ соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Гладко-мышечныхъ и эластическихъ волоконъ въ перегородкахъ не найдено. Въ периферическихъ частяхъ опухоли изрѣдка встрѣчаются въ перегородкахъ, повидимому, сдавленныя, печеночныя клѣтки. Во многихъ мѣстахъ видно, какъ перегородки между полостями прерываются, обрываются и даже уничтожаются. Граница съ печенью имѣетъ на разрѣзѣ видъ очень извилистой линіи. На всемъ протяженіи ея полости куполообразно выпячиваются въ ткань печени. Отдѣльныя полости настолько выдаются въ ткань печени, что представляются окруженными ею почти со всѣхъ сторонъ. При этомъ стѣнки этихъ полостей (соотвѣтствующія по строенію перегородкамъ между полостями) не утолщены, иногда даже истончены, при чемъ къ нимъ со стороны печени непосредственно прилегаютъ печеночныя клѣтки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки полостей переходятъ въ междольковую соединительную ткань, содержащую небольшую печеночную артерію и желчный протокъ. Въ одномъ мѣстѣ большая полость опухоли, выпячивающаяся въ ткань печени, содержитъ тромбъ и очень близко подходитъ къ крупному вѣтвящемуся стволу печеночной вены, будучи отъ него отдѣленной лишь 2—3 рядами сильно истонченныхъ печеночныхъ клѣтокъ. Въ другомъ мѣстѣ небольшая полость сообщается съ расширеннымъ капилляромъ печени. Громадное большинство полостей, однако, отдѣляется отъ ткани печени стѣнкой. Особой капсулы у опухоли не имѣется.

Въ самой печени виденъ рѣзкій гнѣздный стазъ: капилляры въ области системы центральныхъ венъ рѣзко расширены, наполнены кровью и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляются въ видѣ небольшихъ

полостей, выстланныхъ печеночными клѣтками. Въ предѣлахъ застоя печеночныя балки атрофированы и въ печеночныхъ клѣткахъ виденъ бурый пигментъ. Вѣтви воротной вены расширены и наполнены кровью. Капсула печени никакихъ особенностей не представляетъ.

Резюмируя вышеизложенныя данныя, оказывается, что у мужчины 65 л. случайно при вскрытіи была найдена въ глубинѣ правой доли печени небольшая кавернозная гемангіома типичнаго строенія.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ локализаціи опухоли вдали отъ поверхности печени, въ отсутствіи капсулы въ окружности опухоли и, наконецъ, въ найденныхъ единичныхъ сообщеніяхъ между кавернозными полостями и печеночными капиллярами.

СЛУЧАЙ LXIV.

Ж. 65 л. Кл. діагн.: Marasmus senilis. Influenza. Myocarditis. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 13. VI. 1909 г.

Пат.-анат. діагн.: Myocarditis chronica fibrosa. Arteriosclerosis. Sclerosis valvularum semilunarium aortae et valvulae bicuspidalis. Atrophia fusca hepatis. Atrophia lienis. Nephritis interstitialis ex arteriosclerose. Oedema pulmonum. Tubercula obsoleta glandularum lymphaticarum. Echinococcus hepatis. Haemangioma cavernosum hepatis.

Печень мала, на разрѣзѣ плотна, бураго цвѣта. У наружнаго края лѣвой доли имѣются двѣ опухоли, расположенныя другъ около друга подъ капсулой печени. Каждая изъ опухолей была величиною съ грецкій орѣхъ. Одна опухоль оказалась эхинококковымъ пузыремъ, другая—кавернозной гемангіомой. Послѣдняя круглой формы, діаметромъ около 2 cm. Она почти всей своей массой выдается надъ уровнемъ печени, напоминая этимъ гемангіому печени, изображенную на рис. въ учебникѣ *Ribbert'*а (см. стр. 273).

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ многочисленныхъ, преимущественно небольшихъ полостей, самой различной формы. Самыя большія полости достигаютъ не болѣе 0,8 mm. въ діаметрѣ. Нѣкоторыя изъ нихъ на срѣзахъ представляются замкнутыми, другія сообщаются между собою. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ со значительной примѣсью бѣлыхъ. Многія полости заполнены тромбами какъ свѣжими, смѣшанными, такъ и организующимися (видна молодая грануляціонная ткань). Кромѣ того открываются многочисленные, различной величины и формы, участки, состоящіе изъ бѣдной ядрами гіалиновой соединительной ткани, представляющіе собою фиброзно заросшія кавернозныя полости. Кое-гдѣ въ такихъ участкахъ видно отложеніе извести. Межуточная ткань опухоли состоитъ изъ бѣдной ядрами соединительной ткани.

Между сосѣдними полостями эта межуточная ткань имѣетъ видъ перегородокъ, достигающихъ мѣстами около 58 μ. въ ширину. Во многихъ перегородкахъ соединительная ткань представляется гіалиново перерожденной. Въ болѣе широкихъ перегородкахъ кое-гдѣ видны одиночныя гладкія мышечныя клѣтки. Иногда послѣднія располагаются по окружности полостей, такъ что получается впечатлѣніе, что такія полости обладаютъ собственной стѣнкой, состоящей изъ эндотелія, соединительной и мышечной ткани.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани по окружности тѣхъ полостей, которыя обладаютъ какъ бы собственными стѣнками, видно бо́льшее количество тонкихъ эластическихъ волоконъ, чѣмъ въ соединительной ткани остальныхъ участковъ опухоли, въ которыхъ эластическая ткань открывается лишь въ ничтожномъ количествѣ.

Почти по всей окружности опухоли открывается соединительно-тканный поясъ, который во многихъ мѣстахъ представляется утолщеннымъ, благодаря сліянію съ нимъ участковъ интерлобулярной ткани печени. Кое-гдѣ въ соединительной ткани виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ упомянутый поясъ изъ соединительной ткани отсутствуетъ и кавернозныя полости непосредственно прилегаютъ къ паренхимѣ печени, будучи отдѣлены отъ послѣдней лишь тонкимъ слоемъ соединительной ткани, выстланнымъ со стороны полостей эндотеліемъ. Между полостями и капиллярами печени не удалось констатировать сообщеній. Между капсулой печени и опухолью имѣется прослойка волокнистой соединительной ткани, въ которой видны сосуды, большое количество сдавленныхъ желчныхъ протоковъ, тяжи изъ гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, а также участки печеночныхъ клѣтокъ. Мѣстами полости опухоли непосредственно прилегаютъ къ капсулѣ печени. Сама печень представляется въ сильной степени жирно инфильтрированной. Многія печеночныя клѣтки атрофированы и содержатъ бурый пигментъ. Въ междольковой соединительной ткани замѣчается круглоклѣточковый инфильтратъ.

Недалеко отъ описанной кавернозной гемангіомы открываются стѣнки эхинококковаго пузыря.

Итакъ, у старухи 65 лѣтъ, умершей при явленіяхъ старческаго маразма, случайно при вскрытіи были найдены въ области края лѣвой доли печени кавернозная гемангіома и эхинококковый пузырь.

Интересъ даннаго случая заключается, во-первыхъ, въ одновременномъ существованіи эхинококка и сосудистой опухоли, расположенныхъ въ печени на близкомъ другъ отъ друга разстояніи, во-вторыхъ, въ рѣзко выраженныхъ явленіяхъ обратнаго развитія въ этой сосудистой опухоли, на что указываетъ наличность какъ капсулы по окружности

большей части гемангіомы, такъ и многочисленныхъ запустѣвшихъ полостей. Запустѣніе полостей въ изслѣдованномъ случаѣ произошло, благодаря образованію въ нихъ тромбовъ и послѣдующей ихъ организаціи.

СЛУЧАЙ LXV.

М. 65 л. Кл. діагн.: Hernia inguinalis incarcerata dextra. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 22. II. 1912 г. Пр. вскр. № 48.

Пат.-анат. діагн.: Gangraena incipiens intestini ilei. Imbibitio haematogenica intestinorum. Haemorrhagia in cavum peritonei. Peritonitis fibrinosa incipiens. Degeneratio parenchymatosa et adiposa cordis, hepatis et renum. Cirrhosis hepatis incipiens. Hyperaemia passiva, oedema et emphysema pulmonum. Hyperplasia lienis acuta. Haemangioma cavernosum hepatis.

Печень очень дряблая, поверхность ея мѣстами зернистая; на разрѣзѣ печень глинистаго вида. На поверхности правой доли найдено темно-красное пятно неправильной формы, съ наибольшимъ діаметромъ около 5 mm. На разрѣзѣ опухоль оказалась ячеистаго строенія, рѣзко отграниченная отъ ткани печени. Вглубь органа опухоль распространялась всего на протяженіи около 1 mm.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ полостей, діаметръ которыхъ доходитъ до 0,8—1 mm. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ между капсулой печени и ея паренхимой расположено всего по одной полости. Большинство этихъ полостей большого калибра, однако встрѣчаются значительно меньшаго размѣра. Форма полостей овальная или неправильная. Во многихъ мѣстахъ перегородки между сосѣдними полостями атрофированы и прерываются, такъ что просвѣты рядомъ расположенныхъ полостей соединяются. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ. Всѣ полости выстланы однорядным сочнымъ эндотеліемъ. Кнаружи отъ эндотелія расположена волокнистая соединительная ткань, отграничивающая полости другъ отъ друга, а по периферіи опухоли отъ печеночныхъ клѣтокъ. Эта соединительная ткань вездѣ хорошо развита и въ различныхъ мѣстахъ опухоли представляется въ видѣ тяжей различной, до 0,14 mm., толщины. Мышечныхъ элементовъ среди этой соединительной ткани не имѣется. Въ поверхностныхъ частяхъ опухоли соединительная ткань, окружающая полости, ничѣмъ не отличается отъ соединительной ткани капсулы печени. Тамъ же, гдѣ опухоль подходитъ къ паренхимѣ печени, замѣтна связь между соединительной тканью, окружающей полости, съ интерлобулярной соединительной тканью печени.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, видно значительное количество эластическихъ волоконъ, входящихъ въ со-

ставъ соединительной ткани опухоли. Эти эластическія волокна находятся въ связи съ таковыми, находящимися какъ въ капсулѣ, такъ и въ интерлобулярной ткани печени.

Капсулы у опухоли не видно. Печеночная ткань въ окружности опухоли не представляетъ рѣзкихъ измѣненій, тѣмъ не менѣе въ печеночныхъ клѣткахъ открывается бурый пигментъ въ довольно значительномъ количествѣ, а въ интерлобулярной ткани — незначительный круглоклѣточковый инфильтратъ.

Итакъ, у старика 65 лѣтъ, умершаго отъ ущемленія паховой грыжи, случайно при вскрытіи найдена маленькая кавернозная гемангіома на передней поверхности правой доли печени.

Интересъ описаннаго случая заключается въ нахожденіи кавернозной опухоли, ростъ которой, повидимому, остановился. На послѣднее обстоятельство указываетъ какъ отсутствіе выбуханія полостей въ окружающую ткань, такъ и отсутствіе такихъ измѣненій въ окружающей опухоль печеночной ткани, которыя указывали бы на атрофію отъ сдавленія. Найденный бурый пигментъ въ печеночныхъ клѣткахъ, можетъ быть, объясняется возрастомъ умершаго. Наконецъ, фиброзная, бѣдная ядрами соединительная ткань въ самой опухоли также указываетъ, что процессъ уже старый. Интересно также отмѣтить, что въ соединительной ткани опухоли найдено довольно значительное количество эластическихъ волоконъ, непосредственно продолжающихся какъ въ капсулу печени, такъ и въ интерлобулярную ея ткань.

СЛУЧАЙ LXVI.

Ж. 65 л. Кл. діагн.: Lues gummosa (gummata femoris et tibiae). Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 10. III. 1910 г. Пр. вскр. № 104 (прив.-доц. *І. Ф. Пожарскій*).

Пат.-анат. діагн.: Endocarditis chronica fibrosa valvularum semilunarium aortae et valvulae bicuspidalis. Myocarditis chronica fibrosa. Arteriosclerosis universalis. Marasmus.

Печень мускатная, размѣры 20 × 18 cm. На поверхности подъ капсулой небольшой бѣлый узелокъ. Для изслѣдованія прив.-доц. *І. Ф. Пожарскимъ* мнѣ любезно былъ предоставленъ залитый въ целлоидинъ кусочекъ этого бѣлаго узла печени, за что приношу ему свою благодарность.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи виденъ узелъ, непосредственно прилегающій къ капсулѣ печени и состоящій преимущественно

изъ соединительной ткани неодинаковаго строенія. Среди ткани безпорядочно разбросаны одиночныя полости неправильной формы, наполненныя кровью и выстланныя эндотеліемъ. По периферіи этихъ полостей видна болѣе или менѣе толстая стѣнка, состоящая изъ концентрически расположенной волокнистой соединительной ткани, содержащей также ряды гладко-мышечныхъ клѣтокъ; кромѣ того видны многочисленные гіалиново перерожденные тяжи, идущіе въ видѣ ободковъ кругомъ болѣе богатыхъ ядрами центровъ. Эти центральные участки состоятъ изъ молодой соединительной ткани, богатой клѣтками съ вытянутыми ядрами—фибробластами (запустѣвшія полости). Въ серединѣ нѣкоторыхъ такихъ участковъ имѣются небольшіе сосудистые просвѣты, въ другихъ молодые капилляры.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, она оказывается въ очень большомъ количествѣ, при чемъ видны толстыя ея волокна, окружающія какъ сохранившіяся, такъ и заросшія молодой грануляціонной тканью полости.

Кое-гдѣ имѣется разлитой круглоклѣточный инфильтратъ. Граница между узломъ и печеночной тканью рѣзко замѣтна, хотя капсулы вокругъ узла не видно. Въ нѣкоторыхъ участкахъ запустѣвшія полости выбухаютъ въ печеночную ткань, такъ что послѣдняя какъ бы ущемляется между полостями и обрастается молодой соединительною тканью. Въ одномъ мѣстѣ видна связь между соединительной тканью узла и таковой стѣнки вѣтви воротной вены. Капсула печени гіалиново перерождена; проходя надъ узломъ, она совершенно сливается съ нимъ. Кое-гдѣ подъ капсулой печени виденъ круглоклѣточный инфильтратъ.

Въ самой печени имѣется очень сильно выраженный застой: печеночные капилляры расширены, печеночныя клѣтки сдавлены. Въ центральныхъ частяхъ нѣкоторыхъ долекъ видны лишь остатки некротизованныхъ печеночныхъ клѣтокъ и отложеніе фибрина. Во многихъ мѣстахъ отмѣчается застой желчи. Количество междольковой соединительной ткани увеличено, въ сосудахъ ея, особенно въ art. hepatica —эндартеріитъ, а также утолщеніе и гіалинозъ стѣнокъ. Соединительная ткань вокругъ нѣкоторыхъ крупныхъ желчныхъ протоковъ также утолщена и гіалиново перерождена. Во многихъ мѣстахъ въ интерлобулярной ткани виденъ круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, въ застойной печени у старухи 65 лѣтъ случайно найденъ при вскрытіи подъ капсулой печени небольшой бѣлый узелокъ. При микроскопическомъ его изслѣдованіи оказалось, что этотъ узелъ состоитъ частью изъ запустѣвшихъ, частью изъ запустѣвающихъ полостей. Соединительнотканная основа узла частью гіалиново перерождена. Просвѣтъ полостей замѣщается грануляціонной тканью, состоящей преимущественно изъ вытянутыхъ клѣтокъ и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ обильно васкуляризируется.

Изслѣдованный случай представляетъ интересъ, какъ

случай одного изъ исходовъ сосудистыхъ опухолей—ихъ обратнаго развитія съ характеромъ запустѣнія кавернозныхъ полостей, надо думать, подъ вліяніемъ артеріосклероза, замедленнаго кровообращенія и недостаточнаго питанія опухоли.

СЛУЧАЙ LXVII.

Ж. 69 л. Кл. діагн.: Pneumonia chronica dextra. Emphysema pulmonum. Myocarditis chronica. Умерла въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 3.11.1909 г. Пр. вскр. № 49.

Пат.-анат. діагн.: Emphysema pulmonum. Pleuritis adhaesiva et exsudativa sinistra. Bronchopneumonia et bronchoectases lobi superioris pulmonis sinistri. Fibromyoma uteri. Anthracosis glandularum lymphaticarum et lienis. Haemangioma cavernosum hepatis. Marasmus.

Печень мала, бураго цвѣта. Въ правой долѣ печени замѣчается красная опухоль, величиною въ мандаринъ, рѣзко выдѣляющаяся среди печеночной паренхимы. На разрѣзѣ опухоль нѣсколько спалась и представляется ячеистаго строенія.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ полостей самой различной величины, начиная отъ самыхъ маленькихъ, щелевидныхъ и круглыхъ, и кончая очень большими, діаметромъ около 1,5 mm., занимающими при маломъ увеличеніи все поле зрѣнія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно на границѣ съ печеночною тканью, кавернозныя полости уплощены, какъ бы вытянуты въ длину; въ другихъ же мѣстахъ онѣ круглой или овальной формы. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительной примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ встрѣчаются кучки лейкоцитовъ, въ другихъ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы плоскимъ однорядными эндотеліемъ. Между полостями расположены тяжи волокнистой, бѣдной ядрами соединительной ткани, образующей перегородки. Перегородки самой различной толщины, но преобладаютъ тоненькія, достигающія въ толщину около 8—10 μ. Наряду съ послѣдними встрѣчаются и болѣе широкія перегородки, а въ одномъ мѣстѣ участокъ изъ волокнистой соединительной ткани среди полостей достигаетъ до 1,6 mm. толщины. Отъ этого широкаго участка исходятъ болѣе тонкіе тяжи, служащіе перегородками между полостями. Кромѣ соединительной ткани въ упомянутомъ участкѣ открываются въ довольно значительномъ количествѣ пучки гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, а также небольшіе кровеносные сосуды капиллярнаго типа. Отдѣльныя гладкія мышечныя клѣтки открываются также въ тонкихъ перегородкахъ между полостями и берутъ свое начало отъ того же широкаго участка межуточной ткани. Въ перегородкахъ между полостями вблизи печеночной ткани встрѣчаются отдѣльныя печеночныя клѣтки.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ болѣе тонкихъ перегородкахъ найдено незначительное количество одиночныхъ

тонкихъ эластическихъ волоконецъ; въ широкихъ же участкахъ межуточной ткани открываются и болѣе толстыя волокна.

Между многими полостями перегородки представляются атрофированными и разорванными, благодаря чему наблюдается какъ широкое сообщеніе между сосѣдними полостями, такъ и образованіе одной большой полости изъ нѣсколькихъ маленькихъ.

Граница между опухолью и печенью представляется въ видѣ извилистой линіи. Въ однихъ мѣстахъ эта граница болѣе ровная и здѣсь видна капсула изъ волокнистой соединительной ткани, шириною около 90 μ. Эта капсула въ нѣкоторыхъ мѣстахъ достигаетъ значительно большей ширины (до 0,5 mm.). Мѣстами капсулы не видно и полости непосредственно прилегаютъ къ печеночнымъ клѣткамъ и отдѣлены отъ послѣднихъ лишь тонкой прослойкой изъ соединительной ткани. Сообщеній между просвѣтомъ полостей и капиллярами печени не видно. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ между опухолью и печенью расположены участки интерлобулярной соединительной ткани, содержащіе небольшія артеріи и небольшое количество желчныхъ протоковъ.

Сама печень представляется сильно измѣненной. Въ ней открывается рѣзкій гнѣздный стазъ, капилляры печеночныхъ долекъ сильно расширены и наполнены кровью. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ капилляры представляются въ видѣ небольшихъ полостей, наполненныхъ кровью. Балки печени атрофированы, во многихъ мѣстахъ замѣчается жировая инфильтрація паренхимы печени. Во многихъ клѣткахъ печени видно отложеніе бураго пигмента. Ядра многихъ печеночныхъ клѣтокъ вакуолизированы, мѣстами замѣчается полное отсутствіе ядеръ. Наряду съ регрессивнымъ процессомъ отмѣчаются признаки регенераціи — большія печеночныя клѣтки съ гипертрофированными ядрами. Междольковая соединительная ткань представляется нѣсколько утолщенной и содержитъ въ большомъ количествѣ черный пигментъ, повидимому, уголь. Артеріальные сосуды печени склерозированы, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отмѣчается полная облитерація ихъ просвѣта, вѣтви воротной вены расширены и наполнены кровью. Связи между капиллярами, расширенными подъ вліяніемъ застоя, и полостями опухоли нигдѣ не удалось установить.

Итакъ, у старухи 69 лѣтъ случайно при вскрытіи найдена въ правой долѣ печени большая, величиной съ мандаринъ, кавернозная гемангіома.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ нахожденіи въ рѣзко застойной печени одиночной гемангіомы. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило полное отсутствіе связи между обоими процессами. Интересно также отмѣтить, что въ самой опухоли былъ найденъ соединительнотканный участокъ, въ которомъ находились также гладкія мышечныя клѣтки.

СЛУЧАЙ LXVIII.

М. 70 л. Кл. діагн.: Gastroenteritis acuta (?) Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 21. VI. 1910 г. Пр. вскр. № 188.

Пат.-анат. діагн.: Emphysema et hyperaemia passiva pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Hyperplasia lienis acuta. Atrophia renum. Enteritis acuta. Haemangioma cavernosum hepatis.

Печень дрябла, уменьшена. Капсула ея сморщена. На поверхности правой доли красное пятно круглой формы, величиною съ просяное зерно. На разрѣзѣ видна опухоль ячеистаго строенія, распространяющаяся вглубь печени на протяженіи около 4 mm. и, повидимому, находящаяся въ связи съ вѣтвью воротной вены. Опухоль темно-краснаго цвѣта и состоитъ изъ полостей, наполненныхъ кровью. Границы ея неровныя.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказывается, что почти всѣ полости (на срѣзахъ) сообщаются между собою. Стѣнки полостей очень тонки и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, выстланной однорядным эндотеліемъ. Во многихъ мѣстахъ видны лишь остатки стѣнокъ въ видѣ отрѣзковъ соединительной ткани, благодаря чему получилось сліяніе полостей. Въ центральной части опухоли имѣется одна большая полость, образовавшаяся путемъ сліянія цѣлаго ряда близлежавшихъ полостей. Форма небольшихъ полостей преимущественно круглая, слившіяся же полости неправильны, извилисты. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ. Тромбовъ не было видно.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей открываются тоненькія эластическія волокна. Въ атрофированныхъ же перегородкахъ эластическихъ волоконъ уже не видно.

На границѣ опухоли съ печенью особой капсулы не видно и стѣнки периферически расположенныхъ полостей непосредственно граничатъ съ печеночною паренхимою. Только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ между полостями и печеночными клѣтками располагаются различной толщины тяжи интерлобулярной ткани. Во многихъ мѣстахъ по периферіи опухоли виденъ круглоклѣточный инфильтратъ и развитіе молодой соединительной ткани. Также наблюдается, какъ печеночныя клѣтки попадаютъ въ промежутки между выбухающими въ печеночную ткань полостями и атрофируются подъ вліяніемъ давленія. На изслѣдованныхъ срѣзахъ опухоль не доходитъ до капсулы печени: между нею и капсулой видны единичныя печеночныя клѣтки, соединительная ткань, желчные протоки, мелкіе сосуды и участки круглоклѣточнаго инфильтрата. Въ паренхиматозныхъ клѣткахъ печени кое-гдѣ виденъ бурый пигментъ. Въ однихъ участкахъ интерлобулярной ткани отмѣчается разрастаніе соединительной ткани, въ другихъ — увеличеніе числа желчныхъ протоковъ.

Итакъ, у старика 70 лѣтъ была найдена при вскрытіи на поверхности правой доли уменьшенной въ размѣрахъ печени небольшая одиночная кавернозная гемангіома.

Интересъ даннаго случая заключается въ замѣтной уже макроскопически связи опухоли съ вѣтвью воротной вены, въ отсутствіи собственной капсулы и въ нахожденіи слiянія нѣсколькихъ кавернозныхъ полостей въ одну. Это слiяніе явилось слѣдствіемъ атрофіи и разрыва стѣнокъ между сосѣдними полостями. Отмѣченъ ростъ опухоли и ея давленіе на окружающую ткань (выбуханіе отдѣльныхъ полостей въ печеночную паренхиму и атрофія близлежащихъ печеночныхъ клѣтокъ). Кромѣ того была найдена воспалительная реакція по периферіи опухоли и разрастаніе молодой соединительной ткани.

СЛУЧАЙ LXIX.

М. 70 л. Кл. діагн.: Cancer ventriculi. Умеръ въ О.Н.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.Н.Г.Б.) 6.III.1910 г.

Для изслѣдованія д-ромъ *М. А. Мисиковымъ* мнѣ любезно было предоставлено 2 ломтя печени, фиксированныхъ въ формалинѣ, за что приношу ему свою благодарность.

Подъ капсулой печени видно синее пятно величиною въ пятикопѣечную серебряную монету. На поверхности печени по окружности опухоли неглубокое вдавленіе. На разрѣзѣ опухоль оказалась ячеистаго строенія и распространялась вглубь печени на протяженіи около 4 mm.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія сдѣланы срѣзы изъ двухъ мѣстъ опухоли—изъ периферіи и изъ ея середины.

На срѣзахъ, взятыхъ изъ самаго *периферическаго* участка, никакихъ кавернозныхъ полостей не найдено; на мѣстѣ опухоли подъ капсулой печени открывается ограниченный участокъ, состоящій изъ соединительной ткани и содержащій много желчныхъ протоковъ, идущихъ въ различныхъ направленіяхъ, круглоклѣточный инфильтратъ и отдѣльно расположенные сосуды различнаго вида. Наряду съ капиллярами отмѣчаются небольшія артеріи, а также болѣе широкіе сосуды, похожіе на отдѣльно расположенныя кавернозныя полости. Къ этому соединительнотканному участку подходятъ участки интерлобулярной ткани съ сосудами и желчными протоками. Граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи.

На послѣдующихъ срѣзахъ изъ того же периферическаго отдѣла опухоли видно, что въ центрѣ описаннаго соединительнотканнаго участка появляются кавернозныя полости различной величины, наполненныя кровью, выстланныя эндотеліемъ и раздѣленныя другъ отъ друга соединительнотканными перегородками. Здѣсь же замѣтны переходныя формы между отдѣльными маленькими сосудистыми полостями и группами бóльшихъ кавернозныхъ полостей.

Въ срѣзахъ изъ *средней* части опухоли открываются многочисленныя, различной величины и формы, полости, наполненныя кровью. Часть полостей расположена непосредственно подъ капсулой печени. Между опухолью и капсулой печени видно большое количество соединительной ткани, содержащей многочисленные желчные протоки, незначительный круглоклѣточный инфильтратъ и немногочисленные сосуды различной величины. На границѣ съ опухолью располагаются довольно широкіе участки интерлобулярной ткани съ сосудами и желчными протоками. Въ одномъ мѣстѣ по периферіи опухоли, какъ бы окаймляя ее, расположенъ большой венозный сосудъ—вѣтвь v. portae. Стѣнка этого сосуда гіалиново перерождена.

Разсматривая препаратъ опухоли подъ луной, видно, какъ группы полостей расположены въ видѣ отдѣльныхъ узловъ, между которыми тянутся широкія прослойки соединительной ткани. Діаметръ полостей доходитъ до 0,5 mm. Большинство ихъ сообщается другъ съ другомъ; путемъ же разрыва перегородокъ и ихъ полной атрофіи сосѣднія полости сливаются въ одну. Перегородки между отдѣльными полостями въ среднемъ имѣютъ ширину около 20 μ., однако встрѣчаются и болѣе широкія. Онѣ состоятъ изъ соединительной ткани и со стороны полостей выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны гомогенные участки, состоящіе изъ плотной, частью гіалинизированной соединительной ткани, окруженные концентрически расположенными соединительнотканными вытянутыми клѣтками. Эти участки представляютъ собою запустѣвшія полости.

При окраскѣ по Weigert'у, эластическихъ волоконъ въ этихъ участкахъ не обнаруживается.

Мѣстами въ соединительнотканныхъ перекладинахъ между полостями видны группы гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ, желчные протоки, а также участки круглоклѣточнаго инфильтрата.

При окраскѣ по Weigert'у на эластическую ткань, въ перекладинахъ замѣтны мѣстами тоненькія эластическія волоконца.

Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ послѣднихъ больше, видны нити фибрина; въ другихъ видны тромбы въ различныхъ стадіяхъ образованія.

Капсула печени надъ опухолью рѣзко сморщена. Между капсулой и опухолью по периферіи послѣдней видна соединительная ткань со сдавленными небольшими желчными протоками. Въ мѣстахъ наибольшей величины опухоли капсула печени непосредственно прилежитъ къ перегородкамъ полостей.

Въ самой печени виденъ гнѣздный застой въ центральныхъ частяхъ долекъ. Многія печеночныя клѣтки атрофированы и содержатъ бурый пигментъ. Наряду съ этимъ кое-гдѣ наблюдаются явленія регенераціи (гигантскія печеночныя клѣтки и т. д.). Вблизи опухоли въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣется круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, у старика 70 лѣтъ при вскрытіи случайно бы-

ла найдена на поверхности печени небольшая одиночная сосудистая опухоль (haemangioma cavernosum). При изслѣдованіи были обнаружены участки по периферіи опухоли, въ которыхъ преобладала соединительная ткань и были видны переходныя формы между мелкими, капиллярнаго типа, сосудами и кавернозными полостями.

Интересъ описаннаго случая заключается въ отсутствіи капсулы опухоли, въ наличности гладкихъ мышечныхъ и эластическихъ волоконъ въ нѣкоторыхъ перегородкахъ, а также въ наличности запустѣвшихъ полостей.

СЛУЧАЙ LXX.

М. 88 л. Кл. діагн.: Marasmus senilis. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 10. VIII. 1909 г. Пр. вскр. № 252.

Пат. анат. діагн.: Tuberculosis localisata apicis pulmonis dextri. Emphysema et oedema pulmonum. Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis sinistri. Neoplasma cardiae (микроскопически carcinoma scirrhosum cum degeneratione hyalinosa). Endocarditis chronica fibrosa atheromatosa calcificata valvulae mitralis. Stenosis et insufficientia valvulae mitralis. Echinococcus petrificatus lienis.

Печень умѣренной величины, представляла явленія старческой атрофіи. Кое-гдѣ видны фибринозные тромбы. Подъ капсулой расположенъ одиночный бѣлый плотный узелъ неправильно округлой формы, величиною съ горошину. Для изслѣдованія прив.-доц. *I. Ф. Пожарискимъ* былъ мнѣ любезно предоставленъ залитый въ целлоидинъ срѣзъ изъ упомянутаго узла, за что приношу ему свою благодарность.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи узелъ оказался состоящимъ изъ плотной, бѣдной ядрами, рѣзко гіалиново перерожденной соединительной ткани, расположенной въ видѣ кольцеобразныхъ полосъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ центрѣ этихъ полосъ видна почти безъядерная волокнистая масса (запустѣвшія полости), въ другихъ—молодая соединительная ткань, состоящая преимущественно изъ вытянутыхъ клѣтокъ, и отдѣльные сосуды капиллярнаго типа (организація запустѣвшихъ полостей). Въ общемъ преобладаетъ старая соединительная ткань. Граница между узломъ и печеночной тканью выражается въ видѣ неровной линіи, при чемъ участки узла языкообразно выпячиваются въ печеночную ткань, вслѣдствіе чего мѣстами группы печеночныхъ клѣтокъ какъ бы теряютъ связь съ остальной печеночной паренхимой, со всѣхъ сторонъ окружаются соединительной тканью и атрофируются. Соединительная ткань изъ периферическихъ участковъ узла переходитъ въ интерлобулярную ткань, также гіалиново перерожденную. На периферіи же узла отмѣчается рѣзко выраженный круглоклѣточный инфильтратъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, довольно толстыя ея волокна замѣтны вокругъ нѣкоторыхъ запустѣвшихъ полостей.

Капсула печени морщиниста, гіалиново перерождена и проходитъ непосредственно надъ узломъ. Близко къ краю узла, между нимъ и капсулой, имѣется участокъ, состоящій изъ группы печеночныхъ клѣтокъ, часть которыхъ подверглась атрофіи отъ сдавленія разрастающейся соединительной ткани, пронизанной круглоклѣточнымъ инфильтратомъ.

Въ печени имѣется застой въ области корней центральныхъ венъ и развитіе соединительной ткани какъ въ интерлобулярной ткани, такъ и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ внутри печеночныхъ долекъ. Отмѣчается размноженіе желчныхъ ходовъ. Кое-гдѣ видна жировая инфильтрація. Въ нѣкоторыхъ участкахъ—фибринные тромбы.

При окрашиваніи по Weigert'у, видно много тоненькихъ эластическихъ волоконъ, часто распространяющихся и среди печеночной ткани.

Въ интерлобулярной ткани, находящейся въ связи съ описаннымъ соединительнотканнымъ узломъ печени, на разстояніи ок. 1 mm. отъ послѣдняго, находится участокъ, круглой формы, діаметромъ ок. 0,35 mm., состоящій изъ кавернозныхъ полостей. Всего видно 7-8 полостей, изъ которыхъ нѣсколько между собою сообщаются. Полости наполнены кровью, выстланы эндотеліемъ и раздѣлены соединительнотканными перегородками. Въ одной полости виденъ смѣшанный тромбъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ области этого участка констатируется почти полное отсутствіе эластическихъ волоконъ. Они видны лишь въ видѣ исключенія въ перегородкахъ между полостями и въ нѣсколько большемъ количествѣ на границѣ съ печеночной тканью.

Резюмируя данныя изслѣдованія, оказывается, что у старика 88 л. случайно при вскрытіи былъ найденъ небольшой узелъ на поверхности атрофированной и застойной печени. Узелъ находился въ связи съ участками интерлобулярной ткани и состоялъ по преимуществу изъ соединительной ткани, повидимому, развившейся на мѣстѣ бывшихъ полостей путемъ запустѣнія послѣднихъ. Получается впечатлѣніе, что этотъ узелъ получился вслѣдствіе обратнаго развитія кавернозной гемангіомы.

Особый интересъ случая заключается въ наличности самостоятельнаго сосудистаго участка кавернознаго строенія въ интерлобулярной ткани, находящейся въ связи съ плотнымъ соединительнотканнымъ узломъ.

СЛУЧАЙ LXXI.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ препарата печени, хранящагося въ музеѣ И.А.И.Н.У. подъ № 733.

Препаратъ былъ переданъ въ музей И.А.И.Н.У. изъ *Строгановскаго* музея О.Г.Б. съ діагнозомъ: tumor cavernosus hepatis.

Препаратъ представляетъ собою кусокъ печени съ опухолью, губчатаго строенія, величиною съ куриное яйцо. Опухоль, расположенная непосредственно подъ печеночной капсулой, нѣсколько приподнимаетъ ее.

Препаратъ сохраняется въ формалинѣ очень давно.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ опухоли, оказывается, что послѣдняя состоитъ изъ полостей различной величины и формы. Наиболѣе часто видны полости діаметромъ ок. 0,09 mm. Въ центральныхъ частяхъ опухоли форма полостей овальная или круглая, въ периферическихъ же частяхъ продолговатая. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ довольно значительною примѣсью бѣлыхъ. Во многихъ полостяхъ наблюдаются организующіеся тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань состоитъ изъ бѣдной ядрами волокнистой соединительной ткани и представляется въ видѣ перегородокъ между полостями. Эти перегородки различной толщины, начиная отъ 16 μ. и кончая 58 μ. въ поперечникѣ. Во многихъ полостяхъ перегородки представляются атрофированными и разорванными, вслѣдствіе чего отмѣчается появленіе широкихъ сообщеній между сосѣдними полостями и образованіе большихъ полостей изъ нѣсколькихъ сосѣднихъ меньшей величины.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, послѣдняя въ перегородкахъ не обнаруживается.

Въ нѣкоторыхъ поверхностныхъ участкахъ опухоли полости совсѣмъ близко подходятъ къ капсулѣ печени, при чемъ межуточная ткань, окружающая полости сливается съ капсулой, въ другихъ мѣстахъ между капсулой и опухолью открываются печеночныя клѣтки и волокнистая соединительная ткань, бѣдная ядрами и содержащая какъ желчные протоки, такъ и небольшіе кровеносные сосуды, преимущественно мелкія артеріи. Почти на всемъ протяженіи границы печени съ опухолью открываются участки интерлобулярной межуточной ткани, содержащей кровеносные сосуды и желчные протоки. Участки интерлобулярной ткани образуютъ какъ бы капсулу опухоли. Лишь въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эти участки отсутствуютъ и полости отдѣляются отъ паренхимы печени только межуточной тканью, толщина которой не меньше 40 μ. Сообщеній между просвѣтами полостей и капилляровъ печени не видно.

Въ самой печени отмѣчается увеличеніе количества соединительной ткани какъ между дольками, такъ и внутри ихъ. Кое-гдѣ замѣчается круглоклѣточковый инфильтратъ. Вблизи опухоли видно довольно много расширенныхъ вѣтвей v. portae, наполненныхъ кровью.

Интересъ описаннаго случая состоитъ въ томъ, что ростъ въ изслѣдованной опухоли, повидимому, закончился. По окружности опухоли, почти на всемъ ея протяженіи виденъ соединительнотканный поясъ (капсула), образованный тканевыми элементами междольковой ткани печени. Выбуханіе полостей въ ткань печени не наблюдается. Кровообращеніе въ опухоли замедленное, на что указываетъ какъ значительное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ, такъ и нахожденіе въ нѣкоторыхъ организующихся тромбовъ.

СЛУЧАЙ LXXII.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ препарата печени, находящагося въ музеѣ П.А.И.Н.У. подъ № 721.

Препаратъ былъ переданъ въ музей П.А.И.Н.У. изъ *Строгановскаго* музея О.Г.Б. съ діагнозомъ: tumor cavernosus hepatis и съ датой: 15. IV. 1877 г.

Препаратъ представляетъ собою кусокъ печени, въ которомъ помѣщается узелъ, величиною съ кулакъ взрослаго, темно-краснаго цвѣта, губчатаго строенія.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочковъ, вырѣзанныхъ изъ опухоли, оказывается, что она состоитъ изъ многочисленныхъ полостей различной величины и формы. Открываются переходныя формы отъ самыхъ малыхъ полостей, достигающихъ не болѣе 12 μ. въ діаметрѣ, и кончая большими полостями, съ діаметромъ около 0,5 mm. Въ периферическихъ частяхъ опухоли находятся преимущественно мелкія полости. Большинство полостей сообщается другъ съ другомъ. Форма полостей разнообразная; во многихъ видны бухтообразныя выпячиванія стѣнокъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань опухоли состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной ядрами. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоли видны довольно широкіе, діаметромъ до 0,8 mm., участки соединительной ткани, среди которой попадаются немногочисленныя гладко-мышечныя клѣтки. Отъ этихъ большихъ участковъ соединительной ткани отходятъ тонкіе и толстые тяжи, образовывающіе перегородки между полостями. Въ области распространенія маленькихъ полостей встрѣчаются болѣе толстыя перегородки, а между большими полостями—тонкія перегородки, около 12 μ. въ діаметрѣ. Во многихъ мѣстахъ опухоли перегородки между полостями представляются атрофированными и разорванными, благодаря чему получаются какъ сообщенія между сосѣдними полостями, такъ и ихъ

слiянiя. Въ периферической части опухоли и въ описанной межуточной ткани между небольшими полостями найденъ большой желчный протокъ (0,5×1,4 mm.) и двѣ большiя вѣтви воротной вены.

При окрашиванiи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани опухоли эластическихъ волоконъ не найдено.

Граница между опухолью и печенью хорошо замѣтна. Почти по всей окружности опухоли имѣется довольно широкiй поясъ соединительной ткани (капсула). Этотъ соединительнотканный поясъ во многихъ мѣстахъ прерывается участками интерлобулярной ткани печени, содержащими сосуды и желчные протоки. Лишь кое-гдѣ полости отдѣлены отъ печеночныхъ клѣтокъ полосой соединительной ткани, по строенiю и толщинѣ не отличающейся отъ перегородокъ между полостями. На границѣ между опухолью и печенью не замѣчается ни выбуханiя полостей въ печеночную ткань, ни наличности непосредственныхъ сообщенiй между полостями и капиллярами печеночныхъ долекъ. Между капсулой печени и опухолью открываются слѣдующiе гистологическiе элементы: печеночныя клѣтки, волокнистая соединительная ткань и многочисленные желчные и кровеносные сосуды.

Въ самой печени замѣчается гнѣздный стазъ, въ предѣлахъ котораго капилляры печени очень расширены и наполнены кровью, а печеночныя балки атрофированы. Въ печеночныхъ клѣткахъ открывается бурый пигментъ. Кое-гдѣ въ печени отмѣчается жировая инфильтрацiя. Вѣтви v. portae расширены, въ особенности вблизи опухоли. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ печени найдены воспалительныя явленiя: скопленiя полинуклеарныхъ лейкоцитовъ внутри и по окружности нѣкоторыхъ желчныхъ протоковъ (angiохолитъ). Переходныхъ формъ между расширенными капиллярами печени и кавернозными полостями опухоли не удалось обнаружить.

Интересъ описаннаго случая заключается, во-первыхъ, въ томъ, что одновременно въ печени найдены явленiя застоя и сосудистая опухоль (haemangioma cavernosum). Микроскопическое изслѣдованiе показало, что оба процесса независимы другъ отъ друга. Во-вторыхъ, интересно отмѣтить, что ростъ гемангiомы представляется несомнѣнно законченнымъ, а опухоль почти со всѣхъ сторонъ окружена плотной капсулой. Наличность гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ большого размѣра участкахъ межуточной ткани гемангiомы также представляетъ интересъ случая.

СЛУЧАЙ LXXIII.

Для изслѣдованiя мнѣ было предоставлено 2 кусочка небольшой пещеристой опухоли печени, сохранившихся въ коллекцiи кусочковъ П.А.И.Н.У. Никакихъ дополнительныхъ свѣдѣнiй не имѣется.

Опухоль помѣщалась непосредственно подъ капсулой печени.

Въ срѣзахъ изъ одного кусочка видны преимущественно большія полости (діаметромъ въ 0,4—0,5 mm.), раздѣленныя тонкими соединительнотканными перегородками и отдѣленныя отъ печеночной ткани широкой полосой соединительной ткани. Въ срѣзахъ изъ второго кусочка видны, кромѣ большихъ полостей, такого же строенія, какъ и въ первомъ кусочкѣ, довольно большіе участки, состоящіе изъ соединительной ткани, въ которой находятся мелкіе сосуды капиллярнаго типа, небольшія и отдѣльныя крупныя полости. Въ такомъ соединительнотканномъ участкѣ попалась группа печеночныхъ клѣтокъ. Полости представляются различной величины и формы. Кое-гдѣ видно, какъ соединительнотканныя стѣнки полостей истончаются, а мѣстами и разрываются, благодаря чему происходитъ сліяніе сосѣднихъ полостей. Большинство полостей совершенно заполнено красными кровяными шариками лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ же полостяхъ видны нити фибрина, а также тромбы какъ пристѣночные, такъ и вполнѣ закупоривающіе просвѣтъ этихъ полостей. Всѣ полости выстланы однорядныиъ плоскимъ эндотеліемъ. Стѣнки полостей состоятъ изъ соединительной ткани, въ однихъ мѣстахъ болѣе богатой ядрами, въ другихъ, особенно въ тонкихъ стѣнкахъ, гомогеннаго, иногда гіалиноваго вида. Иногда въ составъ стѣнокъ входятъ мелкіе сосуды капиллярнаго типа, кое-гдѣ видны отдѣльныя гладко-мышечныя клѣтки. Мѣстами попадаются круглые, гомогенные, иногда зернистые участки, окаймленные концентрически расположенными соединительнотканными клѣтками (запустѣвшія полости).

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, она открывается въ видѣ тоненькихъ волоконецъ.

Въ препаратахъ одного изъ кусочковъ граница съ печенью представляется, какъ было отмѣчено выше, въ видѣ широкаго (около 0,35 mm. шириною) пояса, состоящаго преимущественно изъ плотной соединительной ткани. Въ составъ этого пояса мѣстами входятъ большіе сосуды печени и желчные протоки (участки интерлобулярной ткани). (см. *табл. VIII, рис. 32*). Паренхима печени, видимо, сдавлена соединительнотканнымъ поясомъ; мѣстами видно разрастаніе соединительной ткани и между близлежащими клѣтками печени. Въ срѣзахъ изъ другого кусочка такого широкаго, самостоятельнаго соединительнотканнаго пояса не видно. Къ капсулѣ печени полости подходятъ близко и печеночной ткани между ними не сохранилось. Въ самой печени отмѣчается рѣзкій застой крови, соединительнотканное разрастаніе интерлобулярной ткани и бурый пигментъ въ атрофированныхъ печеночныхъ клѣткахъ. Капсула печени сморщена и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ значительно утолщена.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ нахожденіи подъ капсулой застойной и атрофированной печени кавернозной гемангіомы, на нѣкоторыхъ срѣзахъ по всей своей периферіи рѣзко отграниченной отъ паренхимы

печени широкимъ соединительнотканнымъ поясомъ. Въ виду наличности сосудовъ и желчныхъ протоковъ, этотъ поясъ, по всей вѣроятности, частью имѣетъ своимъ источникомъ образованія межуточную ткань печени, частью же является результатомъ разрастанія межуточной ткани гемангіомы. Этотъ ростъ соединительной ткани по периферіи опухоли, распространяющійся въ ткань печени, наблюдался во многихъ мѣстахъ. Въ одномъ изъ кусочковъ были найдены какъ сосудистыя полости, такъ и большого размѣра участки плотной соединительной ткани. Процессъ обратнаго развитія гемангіомы выразился также и въ нахожденіи среди гемангіомы запустѣвшихъ полостей.

Итакъ, въ данномъ случаѣ развитіе соединительной ткани получило перевѣсъ и повело къ частичному запустѣнію гемангіомы.

СЛУЧАЙ LXXIV.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія взяты целлоидиновые срѣзы изъ коллекціи микроскопическихъ препаратовъ П.А.И.Н.У. за № 101.

Подъ капсулой печени видна сосудистая опухоль, состоящая изъ полостей различной величины, раздѣленныхъ другъ отъ друга соединительнотканными перегородками. На срѣзахъ ширина опухоли равна 0,5 cm., высота—0,3 cm. Изъ нѣкоторыхъ полостей содержимое выпало, въ другихъ полостяхъ видны красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ, въ третьихъ—тромбы въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Полости выстланы однорядным эндотеліемъ и мѣстами между собою сообщаются черезъ отверстія въ перегородкахъ. Послѣднія состоятъ изъ соединительной ткани, преимущественно бѣдной ядрами, и заключаютъ въ себѣ на периферіи опухоли сдавленныя печеночныя клѣтки, отдѣльные желчные протоки и участки круглоклѣточнаго инфильтрата. Желчные протоки встрѣчаются также въ перегородкахъ, расположенныхъ въ центральныхъ отдѣлахъ опухоли. Между капсулой печени и опухолью видны въ нѣкоторыхъ мѣстахъ всѣ элементы печени, въ другихъ лишь соединительная ткань и желчные протоки. Граница между сосудистымъ опухолевиднымъ участкомъ и печенью представляется въ видѣ неровной линіи. Иногда полости какъ бы выбухаютъ въ печеночную ткань, отдѣляясь отъ нея лишь тонкимъ слоемъ соединительной ткани; чаще же между полостями и паренхимою печени замѣтна болѣе широкая полоса соединительной ткани, въ которой видны многочисленные сдавленные желчные протоки и круглоклѣточный инфильтратъ. Во многихъ мѣстахъ эта соединительнотканная полоса переходитъ въ интерлобулярную ткань печени.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ между полостями видно довольно много тонкихъ эластическихъ волоконъ.

Сама печень сильно измѣнена: почти всюду видна ея значительная инфильтрація круглыми клѣтками; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣется рѣзкій застой. Въ однихъ участкахъ печеночныя клѣтки какъ бы разбухли, мутны, ядра ихъ вакуолизированы или распались, въ другихъ—клѣтки сдавлены и атрофированы. Наконецъ, въ третьихъ участкахъ видны группы гигантскихъ печеночныхъ клѣтокъ (регенерація печеночной паренхимы). Кое-гдѣ среди печеночныхъ клѣтокъ обнаружены гомогенныя тѣльца различной величины — тѣльца Russel'я. Въ окружности опухоли дегенеративныя измѣненія въ печени ясно замѣтны, кое-гдѣ попадаются участки круглоклѣточнаго инфильтрата. Вѣтви воротной вены вблизи опухоли представлялись расширенными; въ одной изъ вѣтвей найденъ смѣшанный тромбъ.

Итакъ, въ рѣзко измѣненной печени имѣется кавернозная гемангіома обычнаго строенія. Наличность тромбовъ указываетъ на замедленное кровообращеніе, являющееся, повидимому, слѣдствіемъ бывшаго въ печени застоя крови.

Интересъ случая представляетъ наличность желчныхъ протоковъ въ перегородкахъ между полостями не только въ периферическихъ частяхъ опухоли, но и въ центральныхъ, а также отсутствіе собственной капсулы вокругъ опухоли.

СЛУЧАЙ LXXV.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія взяты целлоидиновые срѣзы изъ коллекціи микроскопическихъ препаратовъ П.А.И.Н.У. за № 124. Діагнозъ: Haemangioma cavernosum hepatis.

Подъ капсулой печени видна сосудистая опухоль, прилегающая (на изслѣдованныхъ срѣзахъ) къ капсулѣ на протяженіи около 1 mm. Вглубь печени опухоль распространяется въ видѣ нѣсколькихъ отростковъ. Опухоль состоитъ изъ многочисленныхъ полостей, наполненныхъ кровью и сообщающихся между собою. Большинство полостей небольшой величины, діаметромъ около 0,14 mm. Среди нихъ, однако, встрѣчаются и бóльшія, діаметромъ около 0,9 mm. Стѣнки полостей тонки и состоятъ изъ соединительной ткани, выстланной однорядным ъ эндотеліемъ. Въ составъ стѣнокъ полостей кое-гдѣ входятъ отдѣльные желчные протоки и круглоклѣточный инфильтратъ. Въ периферическихъ частяхъ опухоли между нѣкоторыми полостями видны печеночныя клѣтки, представляющіяся атрофированными.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей найдены тоненькія эластическія волокна. Въ центральныхъ же частяхъ опухоли кромѣ того видны и болѣе толстыя волокна.

Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, въ нѣкоторыхъ полостяхъ со значительною примѣсью бѣлыхъ. Въ послѣднихъ кромѣ того нерѣдко попадаются и отдѣльныя нити фибрина. Въ другихъ полостяхъ весь просвѣтъ занятъ свѣжими тромбами. Граница съ печенью представляется въ видѣ очень неровной линіи. Въ однихъ мѣстахъ отдѣльныя полости и группы полостей выбухаютъ въ ткань печени, при чемъ клѣтки послѣдней непосредственно прилегаютъ къ стѣнкамъ полостей. Въ другихъ мѣстахъ между тканью печени и полостями видна широкая полоса бѣдной ядрами соединительной ткани, содержащей иногда мелкіе сосуды и желчные протоки. Иногда существуетъ связь подобной соединительнотканной полосы съ отрѣзками интерлобулярной ткани печени. Собственной капсулы опухоли не видно.

Въ самой печени имѣются рѣзкія измѣненія: гнѣздный застой въ области центральныхъ венъ, атрофія печеночныхъ клѣтокъ и жировая ихъ инфильтрація. Въ артеріальныхъ сосудахъ печени кое-гдѣ замѣтенъ незначительный эндартеріитъ. Въ межуточной ткани попадаются гіалиново перерожденные участки.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается: въ отсутствіи у опухоли собственной капсулы; въ наличности полостей, выбухающихъ въ печеночную ткань и сдавливающихъ послѣднюю; въ наличности эластической ткани въ стѣнкахъ полостей и, наконецъ, въ нахожденіи желчныхъ протоковъ въ центральныхъ частяхъ опухоли.

СЛУЧАЙ LXXVI.

Для изслѣдованія взяты срѣзы, сохранявшіеся въ коллекціи микроскопическихъ препаратовъ П.А.И.Н.У. за № 80. Діагнозъ: Thrombosis angiomatis cavernosi hepatis.

На срѣзахъ видна большого размѣра кавернозная гемангіома печени, расположенная подъ капсулой ея. Въ одной части препарата полости опухоли близко подходятъ къ капсулѣ печени, въ другой подъ капсулой печени видны сохранившіеся участки печеночной ткани, между клѣтками которой замѣтно развитіе соединительной ткани. Большинство полостей значительнаго размѣра, достигаютъ въ среднемъ до 1—1,2 mm. въ діаметрѣ. Форма ихъ разнообразная. Стѣнки ихъ выстланы однорядннымъ эндотеліемъ и состоятъ изъ соединительнотканныхъ полосъ различной толщины. Иногда среди соединительной ткани встрѣчаются немногочисленныя гладкія мышечныя клѣтки. Многія изъ тонкихъ стѣнокъ разорваны, такъ что сосѣднія полости сообщаются другъ съ другомъ. Въ одномъ мѣстѣ видна широкая полоса набухшей соединительной ткани, въ которой имѣются капиллярные сосуды и тяжи плотныхъ, гіалиновыхъ волоконъ. Кромѣ того найдены

круглые участки гіалиновой ткани, по окружности которыхъ видны концентрически расположенныя соединительнотканныя клѣтки. Такіе же плотные гомогенные участки попадаются въ довольно значительномъ количествѣ и въ другихъ мѣстахъ стромы опухоли. Несомнѣнно, что здѣсь произошло запустѣніе полостей, благодаря образованію тромбовъ и ихъ организаціи. Содержимое полостей состоитъ изъ небольшого количества красныхъ и громаднаго количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; во многихъ полостяхъ наблюдается образованіе тромбовъ. Такія находки указываютъ на крайне замедленное и кое-гдѣ даже остановившееся кровообращеніе въ кавернозныхъ полостяхъ.

О величинѣ опухоли, о границѣ ея съ печенью, о состояніи самой печени и т. д. ничего сказать нельзя, такъ какъ на срѣзахъ виденъ лишь небольшой кусочекъ опухоли.

Интересъ описаннаго препарата заключается въ наличности очень рѣзкаго стаза въ полостяхъ кавернозной гемангіомы и въ нахожденіи многочисленныхъ запустѣвшихъ полостей, благодаря организаціи и дальнѣйшимъ превращеніямъ тромбовъ.

B. Множественныя гемангіомы печени.

СЛУЧАЙ LXXVII.

Ж. 33 л. Кл. діагн.: Fibromyoma uteri retrocervicale. Умерла въ А.Г.К. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 10. XI. 1911 г. Пр. вскр. № 28/565. (д-ръ *Корнманъ*).

Пат.-анат. діагн.: Status post myomectomiam ante dies VIII effectam. Metritis septica. Peritonitis fibrinoso-purulenta. Emphysema, hyperaemia passiva et oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Degeneratio adiposa hepatis. Septicaemia.

Печень. Размѣры правой доли: $17 \times 16 \times 8$ cm.; размѣры лѣвой доли: $15 \times 9 \times 4$ cm. Печень мала, дрябла, края ея заострены, на ея поверхности видны фиброзныя спайки. На разрѣзѣ замѣтны желтоватые участки, иногда возвышающіеся надъ остальнымъ уровнемъ разрѣза. На передней поверхности правой доли виденъ одинъ участокъ темно-синяго цвѣта, величиною съ булавочную головку; на передней поверхности лѣвой доли найдено два такихъ участка. На разрѣзѣ эти участки оказались ячеистаго строенія.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія фиксированъ и залитъ въ целлоидинъ одинъ изъ темно-синихъ участковъ, расположенныхъ на передней поверхности лѣвой доли печени. Кромѣ того на замораживающемъ микротомѣ сдѣланъ рядъ срѣзовъ изъ различныхъ мѣстъ печени. При окрашиваніи sudan'омъ, въ печеночныхъ клѣткахъ най-

дены мельчайшія и болѣе крупныя капельки жира (жировое перерожденіе).

Изслѣдованный участокъ передней поверхности лѣвой доли оказался опухолью, состоящей изъ ряда полостей, тѣсно расположенныхъ другъ около друга. Опухоль, расположенная подъ капсулою печени, полукруглой формы. Поперечный діаметръ ея — около 3 mm., высота — около 2 mm. Въ периферическихъ отдѣлахъ ея видны отдѣльныя, небольшія полости, окруженныя со всѣхъ сторонъ тонкими соединительнотканными стѣнками, выстланными со стороны полостей однорядным̀ъ плоскимъ эндотеліемъ. Нѣкоторыя полости, благодаря дефектамъ въ ихъ стѣнкахъ, сообщаются между собою. Въ центрѣ опухоли отдѣльныя полости не различаются, а видна лишь большая, наполненная кровью, полость, съ неровными стѣнками. Среди крови видны остатки перегородокъ, бывшихъ между отдѣльными мелкими полостями: очевидно, произошло сліяніе многихъ мелкихъ полостей въ одну большую (см. *табл. VIII, рис. 33*). Содержимое полостей состоитъ изъ крови (преимущественно красные кровяные шарики лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ). Стѣнки полостей преимущественно тонкія (отъ 12—25 μ.) и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами. На границѣ съ печеночной тканью стѣнки полостей иногда очень широки и достигаютъ толщины около 100—125 μ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, открываются въ стѣнкахъ полостей мѣстами тоненькія эластическія волокна.

Опухоль расположена подъ капсулою печени. Нѣкоторыя полости непосредственно подходятъ къ ней, другія отдѣлены отъ нея остатками печеночной ткани (печеночныя клѣтки, желчные протоки, сосуды). На границѣ съ печенью въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно подобіе капсулы: стѣнки полостей представляются сильно утолщенными (см. выше) и отдѣльныя полости не выбухаютъ въ ткань печени. Поблизости отъ подобныхъ мѣстъ обычно удается замѣтить связь между соединительною тканью стѣнокъ полостей и интерлобулярною межуточною тканью. На границѣ иногда видны отрѣзки послѣдней, содержащіе сосуды и желчные протоки. Кое-гдѣ отдѣльныя полости выбухаютъ въ печеночную ткань, что наблюдается особенно рѣзко въ одномъ мѣстѣ.

Въ самой печени, кромѣ жировой инфильтраціи въ отдѣльныхъ мѣстахъ, найденъ кое-гдѣ бурый пигментъ въ клѣткахъ. Количество интерлобулярной ткани представляется увеличеннымъ; кромѣ того въ послѣдней иногда виденъ разсѣянный круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, у молодой, 33-лѣтней женщины, умершей при явленіяхъ септицеміи, послѣ удаленія міомы матки, случайно при вскрытіи найдены три небольшія одинаковаго вида опухоли. Одна изъ нихъ подверглась микроскопическому изслѣдованію и оказалась кавернозною гемангіомою.

Интересъ даннаго случая заключается въ образованіи

въ центрѣ опухоли одной большой полости путемъ слiянiя многихъ малыхъ и въ разнообразной картинѣ на границѣ узла съ печенью: въ однихъ мѣстахъ видно подобiе капсулы, въ другихъ послѣднее отсутствуетъ и полости выбухаютъ въ ткань печени.

СЛУЧАЙ LXXVIII.

М. 34 л. Кл. дiагн.: Tuberculosis pulmonum. Pneumothorax dexter. Умеръ въ Г.Т.К.Н.У. Вскрытiе (П.А.И.Н.У.) 5.IV. 1910 г. Пр. вскр. № 63/370. (д-ръ баронъ *М. М. Тизенгаузенъ*).

Пат.-анат. дiагн.: Tuberculosis et atelectasis pulmonis dextri, pneumothorax dexter. Peritonitis tuberculosa circumscripta. Meningitis basilaris tuberculosa.

Брюшина, покрывающая правую половину дiафрагмы, усѣяна многочисленными сѣроватыми узелками величиною съ просяное зерно. Печень мала, дрябла, края ея заострены. Она застойна, во многихъ мѣстахъ видны подъ капсулой небольшiе темносинiе, ограниченные участки неправильной формы.

Для *микроскопическаго* изслѣдованiя были взяты кусочки изъ 11 мѣстъ печени. Во всѣхъ кусочкахъ найденъ рѣзкiй застой, а въ двухъ кромѣ того кавернозныя опухоли. Одинъ кусочекъ съ опухолью (I) былъ взятъ изъ передней поверхности лѣвой доли, другой (II) изъ передней поверхности правой доли. Изъ послѣдняго кусочка была приготовлена серiя срѣзовъ.

Размѣры средней части I-ой опухоли на разрѣзѣ—0,89 × 1,18 mm. Опухоль рѣзко выдѣляется среди печеночной ткани и состоитъ изъ многочисленныхъ различной величины полостей, наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ соединительнотканными перегородками. Въ большинствѣ полостей преобладаютъ красные кровяные шарики, въ нѣкоторыхъ же содержимое почти сплошь состоитъ изъ бѣлыхъ. Во многихъ мѣстахъ перегородки прерываются и полости сообщаются между собою. Всѣ полости выстланы однорядными эндотелiемъ. Перегородки различной толщины и состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, въ болѣе широкихъ видны сосуды капиллярнаго типа. Кос-гдѣ въ перегородкахъ видны участки гiалиново перерожденной соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, преимущественно по периферiи опухоли, имѣется круглоклѣточный инфильтратъ. По периферiи же опухоли въ нѣкоторыхъ перегородкахъ замѣтны отдѣльныя сдавленныя печеночныя клѣтки.

При окраскѣ по Weigert'у, открывается въ перегородкахъ эластическая ткань въ видѣ тончайшихъ волоконецъ.

Собственной капсулы опухоли не видно: отдѣльныя полости и группы полостей выбухаютъ въ ткань печени, клѣтки которой представляются сдавленными и расположенными вдоль стѣнокъ полостей.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ къ опухоли подходятъ участки интерлобулярной ткани. Капсула печени сливается со стѣнками полостей опухоли.

II-ая опухоль расположена подъ капсулой на разстояніи приблизительно 1 cm. отъ заостреннаго края печени. Она въ наибольшей своей части имѣетъ на разрѣзѣ четырехугольную форму съ наибольшими размѣрами въ 0,98 × 0,71 mm. Въ этомъ мѣстѣ опухоль состоитъ изъ 12 большихъ и нѣсколькихъ маленькихъ полостей. Всѣ полости круглой формы, выстланы однослойнымъ эндотеліемъ и наполнены красными кровяными шариками съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Лишь въ нѣкоторыхъ полостяхъ количество послѣднихъ было болѣе значительно и даже превышало количество красныхъ. Перегородки между полостями состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онѣ прерываются, такъ что полости сообщаются между собою.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ открываются тонкія эластическія волокна.

Особой капсулы опухоли не видно: печеночныя клѣтки непосредственно прилегаютъ къ стѣнкамъ полостей. Нѣкоторыя полости или группы полостей выбухаютъ въ ткань печени, такъ что граница между печенью и опухолью представляется въ видѣ волнистой линіи. Въ другихъ мѣстахъ къ опухоли подходятъ тяжи интерлобулярной ткани, при чемъ соединительная ткань ея переходитъ въ ткань перегородокъ между полостями. Со стороны поверхности печени между опухолью и капсулою печени видна волокнистая соединительная ткань, содержащая сдавленные небольшіе желчные протоки.

При разсматриваніи серіи срѣзовъ, приготовленныхъ изъ периферическихъ частей опухоли, оказывается, что въ первыхъ срѣзахъ видна лишь одна полость, помѣщающаяся довольно далеко отъ капсулы печени и не вполнѣ раздѣленная перегородкой на двѣ. На послѣдующихъ срѣзахъ число полостей увеличивается, при чемъ опухоль распространяется какъ бы вдоль капсулы печени. Между полостями и капсулой видна соединительная ткань, содержащая мелкіе сосуды и желчные протоки.

При окраскѣ по Weigert'у, въ соединительной ткани видны лишь очень тонкія эластическія волокна.

Въ послѣдующихъ срѣзахъ можно прослѣдить, какъ маленькія полости увеличиваются въ размѣрахъ, а также сливаются между собою, такъ что получается меньшее количество полостей, но бо́льшихъ размѣровъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видно увеличенное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, въ другихъ—смѣшанные тромбы.

Капсулы по периферіи опухоли не видно. На одномъ срѣзѣ найдена связь между полостью опухоли и печеночнымъ капилляромъ, на другомъ же такая связь отмѣчена между одной изъ полостей опухоли и вѣтвью воротной вены, находившейся въ интерлобулярной ткани на периферіи опухоли.

Сама печень представляетъ значительныя измѣненія. Во многихъ мѣстахъ подъ капсулой микроскопически обнаруженъ рѣзкій

застой и значительная атрофія печеночныхъ балокъ. Макроскопически такія мѣста *симулировали* небольшія сосудистыя опухоли. Во всѣхъ срѣзахъ поражало обиліе толстыхъ тяжей интерлобулярной соединительной ткани (циррозъ). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ межуточной ткани найденъ рѣзко выраженный круглоклѣточковый инфильтратъ. Во многихъ срѣзахъ, иногда недалеко отъ сосудистыхъ опухолей, открывались узелки, состоящіе изъ эпителіоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ, кое-гдѣ съ казеознымъ распадомъ (туберкулезные бугорки). По окружности ихъ виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Между печеночными клѣтками нигдѣ не найдено развитіе соединительной ткани.

Итакъ, у молодого человѣка 34 лѣтъ при вскрытіи были найдены въ застойной печени ограниченные темные участки, похожіе на кавернозныя гемангіомы. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что лишь въ двухъ мѣстахъ имѣлись сосудистыя опухоли, въ остальныхъ же былъ найденъ только рѣзкій застой. Обѣ опухоли помѣщались на поверхности правой доли печени. Связи между застоемъ въ печени и сосудистыми опухолями обнаружить не удалось. Сообщеніе между полостями опухоли и капиллярами печени и вѣтвью воротной вены было установлено лишь по одному разу. Строеніе полостей и перегородокъ между ними представлялось типическимъ и очень простымъ: отмѣчу, что въ перегородкахъ были найдены очень тоненькія волоконца эластической ткани.

СЛУЧАЙ LXXIX.

М. 43 л. Кл. діагн.: Cirrhosis hepatis. Pneumonia chronica. Ascites. Peritonitis tuberculosa. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 17. VII. 1910 г. Пр. вскр. № 228.

Пат. анат. діагн.: Phtisis pulmonis dextri circumscripta. Tuberculosis miliaris universalis. Haemangiomata cavernosa hepatis.

Размѣры печени: длина 30 cm. ширина 15 cm. Вся печень пронизана миліарными бугорками. Подъ капсулой ея правой доли на сторонѣ, обращенной къ діафрагмѣ, имѣется большая бугристая опухоль темно-краснаго цвѣта, длиною 6,5 cm., шириною 5 cm., высотою 4,5 cm. (см. *табл. II, рис. 2*). На разрѣзѣ опухоль ячеистаго строенія. По окружности этой большой опухоли разсѣяно множество мелкихъ величиною отъ булавочной головки до горошины. На разрѣзѣ эти маленькія опухоли представляются такого же ячеистаго строенія, какъ и большая (см. *табл. II, рис. 3 и 4*). Въ поверхностныхъ частяхъ лѣвой доли также разбросаны въ большомъ количествѣ темно-краснаго цвѣ-

та опухоли ячеистаго строенія; изъ нихъ три нѣсколько бо́льшей величины (до 0,5 cm. въ діаметрѣ), а остальныя маленькія.

Для микроскопическаго изслѣдованія вырѣзано 16 кусочковъ изъ большихъ и малыхъ опухолей и изъ различныхъ участковъ печени.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что всѣ опухоли представляютъ однообразную картину и состоятъ изъ многочисленныхъ полостей самой разнообразной формы и величины, изъ которыхъ очень многія сообщаются между собою. Во многихъ мѣстахъ видно, какъ, вслѣдствіе атрофіи и разрывовъ перегородокъ между сосѣдними маленькими полостями, образуются большія полости. Ихъ содержимое состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительнымъ количествомъ бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ же полостяхъ видно очень большое количество послѣднихъ, а въ другихъ — смѣшанные тромбы въ различныхъ стадіяхъ организаціи. Нѣкоторыя полости, благодаря закончившейся организаціи тромбовъ, представляются запустѣвшими и вмѣсто просвѣтовъ видна гомогенная масса гіалиново перерожденной соединительной ткани. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Между полостями въ видѣ перегородокъ находится волокнистая соединительная ткань.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, эластическія волокна открываются только въ болѣе широкихъ перегородкахъ бо́льшаго размѣра опухолей: видны короткія волокна, то болѣе тонкія, то болѣе толстыя. Въ межуточной ткани маленькихъ опухолей и въ тонкихъ перегородкахъ между полостями бо́льшаго размѣра опухолей эластической ткани не видно.

Между полостями большихъ опухолей открываются довольно большіе участки печеночной ткани, состоящіе, во-первыхъ, изъ печеночныхъ клѣтокъ, часто атрофированныхъ и жирно инфильтрированныхъ, во-вторыхъ, изъ желчныхъ протоковъ, мѣстами въ предѣлахъ опухоли размножившихся, и, въ-третьихъ, изъ сосудовъ различнаго калибра, начиная отъ маленькихъ капиллярнаго типа и кончая артеріями и венами значительнаго калибра.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ этихъ артеріяхъ и венахъ открывается обычное количество эластическихъ волоконъ.

Въ межуточной ткани опухоли встрѣчаются также участки кругло-клѣточнаго инфильтрата и, рѣдко, туберкулезные бугорки. Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ, особенно въ той, которая находилась въ лѣвой долѣ печени, среди межуточной соединительной ткани найдены гладкія мышечныя волокна. Что касается границъ найденныхъ опухолей, то онѣ представляются различными. Одна часть опухолей расположена подъ капсулой печени, другая — въ глубинѣ этого органа. Большой узелъ въ правой долѣ находится подъ капсулой и даже выпячиваетъ ее кнаружи. Мѣстами между капсулой печени и стѣнками полостей виденъ слой соединительной ткани различной величины, содержащій отдѣльныя группы печеночныхъ клѣтокъ, желчные протоки и неболь-

шіе кровеносные сосуды, преимущественно, капиллярнаго типа. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ здѣсь же открывается круглоклѣточный инфильтратъ и туберкулезные бугорки. Во всѣхъ опухоляхъ границы съ тканью печени представляются въ видѣ чрезвычайно неровныхъ, извилистыхъ линій, при чемъ собственной капсулы у опухолей нѣтъ. Мѣстами полости какъ бы внѣдряются въ окружающую ткань печени, мѣстами же онѣ представляются даже оторванными отъ опухолей и со всѣхъ сторонъ окруженными печеночными клѣтками. Въ цѣломъ рядѣ опухолей, какъ большихъ, такъ и маленькихъ, ихъ границей служатъ, и при томъ иногда на довольно значительномъ протяженіи, стѣнки крупныхъ вѣтвей воротной вены. Сообщеній между просвѣтомъ полостей опухоли и просвѣтомъ венъ не удалось обнаружить, но соединительная ткань стѣнокъ венъ непрерывно переходитъ въ межуточную ткань опухоли. Къ одной изъ опухолей, расположенныхъ среди печеночной ткани, съ одной стороны подходитъ крупная вѣтвь воротной вены, съ противоположной же стороны полости этой опухоли непосредственно прилежатъ къ двумъ вѣтвямъ печеночной вены значительно меньшаго калибра, чѣмъ упомянутая вѣтвь воротной вены. Соединительная ткань стѣнокъ какъ воротной, такъ и печеночныхъ венъ непосредственно переходитъ въ межуточную ткань опухоли. Наконецъ, мѣстами, границей для опухолей служатъ участки интерлобулярной ткани печени. Нигдѣ не наблюдается сообщеній между капиллярами печени и полостями опухоли.

Сама печень представляется рѣзко измѣненной и пронизанной многочисленными туберкулезными узелками. Такіе же узелки находятся и на ея серозномъ покровѣ. Мѣстами видны некротизованные участки печени, мѣстами жировая инфильтрація клѣтокъ или отложеніе въ послѣднихъ бураго пигмента. Кое-гдѣ встрѣчаются участки застоя въ печеночныхъ капиллярахъ и участки круглоклѣточнаго инфильтрата въ межуточной ткани печени.

Итакъ, у мужчины 43 лѣтъ, умершаго отъ общаго миліарнаго туберкулеза, случайно при вскрытіи были найдены въ обѣихъ доляхъ печени многочисленныя кавернозныя гемангіомы.

Интересъ описаннаго случая заключается въ необыкновенной множественности гемангіомъ въ печени, представляющихся то въ видѣ большихъ опухолей, то мельчайшихъ, еле замѣтныхъ простымъ глазомъ узелковъ. Далѣе отмѣчу найденную связь стѣнокъ полостей многихъ отдѣльныхъ опухолей со стѣнками вѣтвей какъ воротной, такъ и печеночной венъ. Эта связь выражалась какъ непосредственной близостью опухолей къ названнымъ венамъ, которыя мѣстами совершенно окружались полостями, такъ и переходомъ соединительной ткани стѣнокъ венъ въ межуточную

ткань опухолей. Наконецъ, представляетъ большой интересъ значительное количество элементовъ печеночной ткани (печеночныя клѣтки и желчные протоки), найденныхъ какъ въ периферическихъ, такъ и въ центральныхъ частяхъ большихъ кавернозныхъ гемангіомъ. Отмѣчу также, что внутри гемангіомъ были найдены туберкулезные бугорки, которые въ ткани печени были разсѣяны въ изобиліи.

СЛУЧАЙ LXXX.

М. 52 л. Кл. діагн.: Dysenteria. Умеръ въ О.Н.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.Н.Г.Б.) 5. VIII. 1909 г.

Д-ромъ *М. А. Мисиковымъ* мнѣ были любезно предоставлены [1]) два большихъ куска правой доли печени съ опухолью темно-краснаго цвѣта въ каждомъ изъ нихъ. Обѣ опухоли расположены непосредственно подъ капсулой печени. Одна изъ нихъ овальной формы, размѣры ея на разрѣзѣ: 3,5 × 4,5 cm., другая—почти круглой формы, размѣры ея: 2,5 × 2,3 cm. По окружности обѣихъ опухолей видна широкая капсула, переходящая въ капсулу печени. Къ периферическимъ частямъ обѣихъ опухолей подходятъ широкія вѣтви воротной вены.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи обѣихъ опухолей, строеніе ихъ оказалось одинаковымъ. Онѣ оказались состоящими изъ полостей различной величины и формы. Большею частью встрѣчаются полости, діаметромъ около 0,5 mm., но попадаются и значительно меньшей величины (0,05—0,07 mm. въ діаметрѣ), а также очень большія (до 1—1,5 mm. въ діаметрѣ). Кромѣ того видны всевозможныя переходныя формы, начиная отъ самыхъ маленькихъ и кончая самыми большими полостями. Почти всѣ маленькія полости на разрѣзѣ представляются круглыми, большія же имѣютъ самыя разнообразныя формы. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ довольно значительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань опухолей состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, представляющейся въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ видѣ широкихъ участковъ, замѣтныхъ уже простымъ глазомъ. Въ этихъ большихъ участкахъ заложены сосуды съ ясно выраженными мышечными стѣнками, а также отдѣльно отъ сосудовъ расположены гладко-мышечныя клѣтки. Отъ большихъ соединительнотканныхъ

---

[1]) За предоставленные препараты приношу глубокоуважаемому д-ру *М. А. Мисикову* свою благодарность.

участковъ отходятъ различной толщины тяжи, направляющіеся между полостями и представляющіеся въ видѣ перегородокъ между ними. Среди общей массы преобладаютъ перегородки съ діаметромъ около 35 μ. Многія перегородки оказываются неравномѣрной толщины: одна и та же перегородка мѣстами представляется утолщенной. Многія перегородки атрофированы, а также мѣстами прерываются, благодаря чему получается сліяніе сосѣднихъ мелкихъ полостей въ большія.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, лишь кое-гдѣ въ перегородкахъ между полостями встрѣчаются тоненькія эластическія волоконца.

Мѣстами среди опухоли видны участки, состоящіе изъ плотной гіалиновой соединительной ткани. По окружности опухолей имѣются широкіе пояса, до 2,6 mm. въ діаметрѣ, состоящіе изъ волокнистой соединительной ткани. Мѣстами въ послѣдней открывается большое количество сдавленныхъ желчныхъ протоковъ, а также капиллярные кровеносные сосуды и нервы. Подъ капсулой печени въ этомъ соединительнотканномъ поясѣ заложены отдѣльные участки, состоящіе изъ кавернозныхъ полостей. На границѣ съ печеночною тканью соединительнотканная капсула опухолей переходитъ въ интерлобулярную соединительную ткань. Мѣстами въ области этого перехода открывается круглоклѣточковый инфильтратъ.

Въ самой печени замѣтно развитіе соединительной ткани: картина начальнаго атрофическаго цирроза. Въ интерлобулярной ткани отмѣчается круглоклѣточковый инфильтратъ. Стѣнки art. hepaticae представляются утолщенными. Независимо отъ описанныхъ большихъ опухолей, въ печени найдены еще другіе участки, состоящіе также изъ кавернозныхъ полостей и находящіеся въ несомнѣнной связи съ вѣтвями v. portae. На рядѣ срѣзовъ мнѣ удалось прослѣдить слѣдующія отношенія между группой полостей и вѣтвью v. portae. На первыхъ срѣзахъ видна вѣтвь v. portae на разстояніи около 0,5 cm. отъ капсулы печени. На послѣдующихъ срѣзахъ между веной и капсулой печени появляется особый участокъ, состоящій сперва изъ 2—3 полостей, а затѣмъ изъ цѣлой группы (10—15) такихъ же полостей; строеніе этого участка такое же, какъ и въ большихъ опухоляхъ, при чемъ бросается въ глаза, что большинство перегородокъ между полостями мѣстами прерываются. На дальнѣйшихъ срѣзахъ участокъ изъ полостей все увеличивается, подходитъ все ближе и ближе къ большой венѣ и, наконецъ, соединяется съ ней. Непосредственнаго сообщенія между просвѣтомъ вены и полостями мнѣ не удалось установить на срѣзахъ, но соединительная ткань стѣнки вены непосредственно переходитъ въ таковую, составляющую перегородки между полостями. Кавернозный участокъ какъ бы сидитъ на стѣнкѣ вены и хорошо виденъ простымъ глазомъ, достигая около 1,2 mm. въ діаметрѣ. Никакой капсулы по окружности этого участка не имѣется. Такіе же участки видны и въ другихъ мѣстахъ печени, особенно около большихъ венъ, подходящихъ къ опухоли.

Итакъ, у мужчины 52 лѣтъ, умершаго отъ кроваваго поноса, случайно при вскрытіи были найдены въ области правой доли печени двѣ большія кавернозныя гемангіомы. При микроскопическомъ изслѣдованіи кромѣ того были найдены кавернозные участки подъ капсулой печени въ связи со стѣнками большихъ вѣтвей воротной вены.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ множественности кавернозныхъ гемангіомъ печени. Двѣ большія гемангіомы представлялись отдѣленными отъ печени широкой соединительнотканной капсулой, маленькія же опухоли никакой капсулы не имѣли.

СЛУЧАЙ LXXXI.

М. 53 л. Кл. діагн.: Emphysema pulmonum. Dementia. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 14. II. 1911 г. Пр. вскр. № 28 (д-ръ *Корнманъ*).

Пат.-анат. діагн.: Meningoencephalitis acuta. Sclerosis valvulae bicuspidalis cordis et valvularum aortae. Hypertrophia et dilatatio cordis. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Hyperaemia venosa, oedema et emphysema pulmonum. Induratio cyanotica lienis. Atrophia fusca hepatis. Atrophia renum. Haemorrhagiae punctatae ventriculi et intestini crassi. Haemangiomata cavernosa multiplicia hepatis.

Печень нѣсколько уменьшена; капсула ея сморщена; на разрѣзѣ паренхима бураго цвѣта. На поверхности и въ толщѣ обѣихъ долей многочисленные темно-синіе узелки различной величины, ячеистаго строенія.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія залиты въ целлоидинъ кусочки изъ пяти различныхъ узелковъ. Строеніе ихъ въ общихъ чертахъ представляется однообразнымъ.

Всѣ узелки состоятъ изъ полостей различной величины и формы. Одни узелки расположены около печеночной капсулы, другіе связаны съ послѣдней лишь соединительнотканнымъ тяжемъ, какъ бы ножкой, третьи располагаются среди печеночной ткани вдали отъ капсулы печени. Встрѣчаются узелки, которые находятся въ близкомъ сосѣдствѣ съ большими венами и входятъ на нѣкоторомъ пространствѣ въ составъ ихъ стѣнокъ. Величина полостей самая различная. Обычно преобладаютъ небольшого калибра—около 0,1 mm. въ діаметрѣ. Во многихъ мѣстахъ перегородки между полостями прерываются и просвѣты полостей сливаются. Благодаря этому получаются большія полости, діаметромъ до 0,9 — 1,2 mm. Маленькія полости обычно круглой формы, большія ограничиваются извилистыми, неровными стѣнками. Въ большихъ узлахъ число большихъ и сообщающихся другъ съ дру-

гомъ полостей больше, чѣмъ въ маленькихъ узлахъ. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, среди которыхъ иногда находится большое количество бѣлыхъ. Довольно часто среди послѣднихъ видны нити фибрина. Всѣ полости выстланы однорядным эндотеліемъ. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Ширина стѣнокъ преимущественно небольшая—около 15 μ. Иногда въ стѣнкахъ замѣтны небольшіе сосуды капиллярнаго типа и круглоклѣточный инфильтратъ. Въ одномъ изъ препаратовъ въ рядѣ срѣзовъ находился въ соединительной ткани между полостями артеріальный сосудъ, раздѣляющійся на двѣ вѣтви.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ перегородкахъ между полостями найдены многочисленныя эластическія волокна. Эластическая ткань перегородокъ находилась въ связи съ таковою капсулы печени и сосудовъ, располагавшихся по близости полостей.

Собственной капсулы у узелковъ нѣтъ. Граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи, при чемъ отдѣльныя полости и группы полостей вдаются въ ткань печени. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по периферіи опухолей располагаются участки интерлобулярной ткани, содержащіе большіе сосуды и желчные ходы. Въ одномъ препаратѣ видно, что съ одной стороны къ опухоли подходитъ большой венозный сосудъ, а съ противоположной 2 артеріи съ небольшими венами. Соединительная и эластическая ткань изъ отрѣзковъ Глиссоновой капсулы внутри печени переходятъ въ соединительную и эластическую ткань опухолей. На рядѣ срѣзовъ изъ одного кусочка, взятаго изъ толщи печени, видно нѣсколько, повидимому, самостоятельныхъ участковъ кавернозной ткани, диффузно распространяющихся среди печеночной ткани. Одна изъ этихъ группъ полостей находится въ несомнѣнной связи съ отрѣзкомъ интерлобулярной ткани, въ другой между полостями видны печеночныя клѣтки. Послѣднее обстоятельство указываетъ на инфильтративный ростъ полостей. Замѣтнаго развитія соединительной ткани, могущаго указать на то, что при развитіи полостей первично происходитъ ростъ соединительной ткани, ни разу не удалось обнаружить.

Въ самой печени замѣчается сильный гнѣздный застой, атрофія печеночныхъ клѣтокъ и отложеніе въ нихъ бураго пигмента. Большіе желчные протоки растянуты желчью. Въ интерлобулярной ткани коегдѣ виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ печени имѣется распространенная жировая инфильтрація.

Итакъ, у мужчины 53 лѣтъ, умершаго отъ остраго воспаленія мозга и мозговыхъ оболочекъ, при вскрытіи случайно были найдены въ печени множественныя кавернозныя гемангіомы.

Интересъ изслѣдованнаго случая заключается въ множественности гемангіомъ, въ наличности эластической тка-

ни въ перегородкахъ, въ нахожденіи артеріальныхъ сосудовъ среди полостей и въ связи гемангіомъ, особенно небольшихъ, съ интерлобулярными сосудами печени.

СЛУЧАЙ LXXXII.

Ж. 58 л. Кл. діагн.: Cancer oesophagi. Gastrostomia. Умерла въ Ф.Х.К.И.У. Вскрытіе (П.А.И.И.У.) 31. I. 1911 г. Пр. вскр. № 36/509 (д-ръ *Корнманъ*).

Пат.-анат. діагн.: Status post operationem (gastrostomia). Peritonitis fibrinoso-purulenta. Pleuritis exsudativa fibrinoso-purulenta dextra. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis dextri. Atelectasis pulmonis sinistri. Carcinoma cardiae. Metastases carcinomatosae glandularum lymphaticarum mediastini postici inde stenosis oesophagi. Endoaortitis chronica. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Haemangiomata multiplicia hepatis. Hyperplasia pulpae lienis. Polypus uteri. Varices ani. Septicaemia.

Вѣсъ печени -1210 gr. Размѣры правой доли ея: 15 × 18 × 6 cm.; размѣры лѣвой доли: 7 × 13 × 3,5 cm. На поверхности и въ толщѣ печени расположено много, всего 18 опухолей различной величины, темно-красно-синяго цвѣта. Въ лѣвой долѣ опухоли расположены поверхностно. У лѣваго края передней поверхности печени найдено два пятна, около же lig. suspensorium—одно, каждое діаметромъ около 0,8 cm. На задней поверхности лѣвой доли находилось 4 опухоли, одна малая—у лѣваго края печени, другая, діаметромъ въ 1,5 cm., по серединѣ и двѣ, діаметромъ въ 1 cm. и 0,7 cm., ближе къ ligam. suspensorium. На передней поверхности правой доли расположено лишь одно небольшое пятно, зато въ толщѣ доли при послѣдовательныхъ параллельныхъ разрѣзахъ черезъ нее найдено 10 опухолей краснаго цвѣта, различной формы и величины. Наибольшая опухоль въ діаметрѣ достигала 2 cm. Многія опухоли находятся въ видимой связи съ вѣтвями воротной вены. При разсмотрѣніи одного изъ препаратовъ, въ которомъ вена проходитъ по краю опухоли, получается впечатлѣніе, что опухоль расположена въ стѣнкѣ вены и вдавливается въ просвѣтъ послѣдней.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія нѣсколько кусочковъ печени съ опухолями залиты въ целлоидинъ. Изъ одного изъ этихъ кусочковъ приготовлена серія изъ 335 срѣзовъ.

Картина въ общемъ получилась однообразная.

Величина и форма полостей различныя, преобладаютъ небольшія полости, около 0,18 mm. въ діаметрѣ. Нѣсколько бóльшія полости сообщаются другъ съ другомъ, форма ихъ чрезвычайно неправильная, перегородки часто прерываются въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Одна изъ большихъ полостей, получившаяся путемъ сліянія нѣсколькихъ малыхъ, какъ это можно было прослѣдить на серіи срѣзовъ, достигала въ діа-

метрѣ 0,98 mm. Въ периферическихъ частяхъ изслѣдованныхъ опухолей полости часто имѣютъ сплющенный видъ: длинный діаметръ въ нѣсколько разъ больше короткаго. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ довольно значительной примѣсью бѣлыхъ. Во многихъ полостяхъ видны части фибрина, въ нѣкоторыхъ же тромбы, какъ пристѣночные, такъ и вполнѣ закупоривающіе просвѣтъ. Въ одной изъ изслѣдованныхъ опухолей найдены многочисленныя запустѣвшія полости, получившіяся вслѣдствіе организаціи тромбовъ и развитія плотной соединительной ткани. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами, преимущественно тонки—отъ 12 до 20 μ. толщиною,—и выстланы однорядным эндотеліемъ. Наряду съ тонкими встрѣчаются и болѣе толстыя стѣнки, напримѣръ, въ 116 μ. толщиною. Кромѣ того встрѣчаются участки изъ соединительной ткани, расположенные между многими полостями и достигающіе до 0,35 mm. въ діаметрѣ. Въ такихъ участкахъ видны отдѣльные капилляры и кучки пигмента.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей обнаруживаются многочисленныя тонкія эластическія волокна.

Въ соединительной ткани между полостями въ периферическихъ отдѣлахъ опухолей иногда встрѣчаются кучки печеночныхъ клѣтокъ. Собственной капсулы у опухолей не имѣется. Но часто по окружности ихъ видны между полостями и паренхимой печени соединительнотканные тяжи, идущіе на большемъ или меньшемъ протяженіи. Эти тяжи всегда находятся въ связи съ интерлобулярной тканью или же со стѣнкой большого сосуда. Полости часто выбухаютъ въ ткань печени по одиночкѣ или въ видѣ группъ. Часто эти полости какъ бы отшнуровываютъ участки печеночныхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ полости расположены около стѣнокъ вѣтвей воротной вены и даже отчасти захватываютъ ихъ адвентицію, при чемъ обнаруживается связь между стромой опухоли и стѣнкой вѣтвей воротной вены. Непосредственнаго сообщенія между просвѣтами большихъ сосудовъ и полостями опухолей не удалось найти. Въ нѣкоторыхъ срѣзахъ на периферіи опухоли отмѣчается разрастаніе соединительной ткани и желчныхъ протоковъ.

Сама печень представляется патологически измѣненной: въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видна гнѣздная жировая инфильтрація, въ другихъ—бурый пигментъ въ клѣткахъ печени. Въ межуточной ткани коегдѣ имѣется круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, у женщины 58 лѣтъ, умершей послѣ операціи рака входной части желудка, случайно при вскрытіи найдены въ обѣихъ доляхъ печени множественныя (18) кавернозныя гемангіомы, помѣщавшіяся преимущественно въ толщѣ органа и нерѣдко въ адвентиціи вѣтвей воротной вены.

Интересъ случая представляетъ однообразіе микроско-

пической картины всѣхъ многочисленныхъ опухолей, найденныхъ въ печени. Стѣнки полостей состояли изъ волокнистой соединительной ткани, выстланной эндотеліемъ. Капсулы не было, и вездѣ можно было обнаружить инфильтративное разрастаніе опухоли. Въ связи съ ослабленной дѣятельностью сердца, наступило, повидимому, замедленіе тока крови и въ гемангіомахъ, что выразилось увеличеніемъ количества лейкоцитовъ въ полостяхъ и появленіемъ нитей фибрина и тромбовъ, которые были найдены въ различной стадіи ихъ организаціи. Наконецъ, нужно отмѣтить наличность въ перегородкахъ между полостями ясно замѣтныхъ волоконъ эластической ткани.

СЛУЧАЙ LXXXIII.

М. 63 л. Кл. діагн.: Arteriosclerosis atheromatosa et dilatatio aortae. Myocarditis. Insufficientia valvulae mitralis. Умеръ въ Г.Т.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 4. XII. 1910 г. Пр. вскр. № 23/496 (д-ръ *Г. И. Баджіевъ*).

Пат.-анат. діагн.: Hypertrophia et dilatatio cordis. Insufficientia valvulae mitralis. Sclerosis valvularum aortae, mitralis et tricuspidalis. Endoaortitis atheromatosa et ulcerosa. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum. Hepar moschatum. Degeneratio fusca hepatis. Angiomata cavernosa hepatis. Lien cyanoticum. Renes arteriosclerotici et cyanotici. Gastritis catarrhalis chronica. Hydropericardium. Hydrothorax. Ascites. Anasarca.

Печень. Размѣры правой доли: 20 × 21 × 6,5 cm.; размѣры лѣвой доли: 13 × 9 × 4 cm. На разрѣзѣ печень рѣзко застойна, бураго цвѣта. На передне-верхней поверхности лѣвой доли виденъ большой узелъ круглой формы, діаметромъ около 1,9 cm., темно-краснаго цвѣта, возвышающійся надъ поверхностью печени, съ втянутымъ желтымъ пупкомъ по серединѣ (I). На верхней поверхности правой доли также виденъ темно-синій узелъ, діаметромъ около 1 cm., не возвышающійся надъ поверхностью печени (II). На нижней поверхности той же правой доли печени найденъ синеватый узелъ діаметромъ въ 1,5 cm. (III). На разрѣзѣ всѣ эти образованія оказались губчатаго строенія и наполненными кровью. При разрѣзахъ черезъ печень въ толщѣ правой доли найдено было еще 2 самостоятельныхъ небольшихъ узелка (IV и V), а въ толщѣ лѣвой доли еще одинъ (VI).

Для *микроскопическаго* изслѣдованія были взяты различные кусочки (всего 14) изъ различныхъ мѣстъ опухолей и печени. Строеніе опухолей оказалось однообразнымъ, такъ что я не стану описывать каждую изъ нихъ въ отдѣльности.

Опухоли состоятъ изъ полостей различной, но преимущественно небольшой величины, наполненныхъ кровью. Форма полостей различна:

малыя полости обычно круглой формы, или продолговатой, діаметромъ ок. 0,08 mm., бо́льшія часто представляются извилистыми, достигая въ діаметрѣ до 1,8 mm. Многія полости сообщаются другъ съ другомъ. Близко отъ большихъ узловъ, состоящихъ изъ многочисленныхъ, скученныхъ полостей, подъ капсулой печени видны отдѣльныя маленькія опухоли, въ которыхъ полости иногда располагаются въ видѣ розетки (см. *табл. VIII, рис. 34*). Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ очень незначительною примѣсью бѣлыхъ. Лишь въ отдѣльныхъ полостяхъ видно много бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, а также смѣшанные тромбы. Стѣнки всѣхъ полостей выстланы ясно видимымъ плоскимъ однорядныиъ эндотеліемъ. Стѣнки состоятъ изъ соединительной ткани, которая между мелкими полостями болѣе богата ядрами, чѣмъ между большими. Иногда между полостями видны круглые участки плотной гіалиновой соединительной ткани, въ которой кое-гдѣ видны капилляры. По периферіи такихъ участковъ иногда видны слои концентрически расположенныхъ соединительнотканныхъ клѣтокъ. Можно считать весьма вѣроятнымъ, что описанные участки представляютъ собою запустѣвшія полости (см. *табл. VIII, рис. 35*). Мѣстами между полостями замѣтны широкія полосы плотной, бѣдной ядрами соединительной ткани. Въ срѣзахъ изъ IV опухоли въ соединительной ткани между полостями видны участки печеночныхъ клѣтокъ (см. *табл. VIII, рис. 36*). Въ срѣзахъ изъ II опухоли въ соединительной ткани на периферіи опухоли имѣется гнѣздное размноженіе желчныхъ протоковъ. Попадаются срѣзы, въ которыхъ въ периферически расположенныхъ стѣнкахъ полостей видны желчные протоки и пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, удается найти въ стѣнкахъ большинства полостей тоненькія эластическія волокна. Нѣтъ эластическихъ волоконъ въ отдѣльныхъ участкахъ плотной соединительной ткани (организовавшіеся тромбы) и въ тонкихъ стѣнкахъ нѣкоторыхъ полостей, выбухающихъ въ печеночную ткань.

По границѣ съ печенью, представляющейся въ видѣ извилистой линіи, собственной капсулы опухоли не видно. Въ однихъ мѣстахъ къ печеночнымъ клѣткамъ подходятъ мелкія полости, находящіяся среди молодой соединительной ткани, при чемъ отдѣльные фибробласты проникаютъ между клѣтками печени. Въ другихъ мѣстахъ, на границѣ между печенью и полостями, тянутся участки интерлобулярной ткани и видны артеріи, вены и желчные протоки, въ третьихъ участкахъ границу составляютъ стѣнки большихъ сосудовъ печени. Кое-гдѣ видна на довольно значительномъ разстояніи самостоятельная полоса соединительной ткани, какъ бы отграничивающая опухоль. Однако, при внимательномъ изслѣдованіи видно, что одна или нѣсколько полостей опухоли прерываютъ упомянутую полосу и выбухаютъ въ печеночную ткань (см. *табл. IX, рис. 37*). Лишь на одномъ срѣзѣ удалось найти непосредственное сообщеніе между полостями опухоли и капиллярной системой печени. Тѣ сосудистыя опухоли, которыя располагаются на поверхности печени, обыкновенно очень близко подходятъ къ капсулѣ

печени, хотя кое-гдѣ и удается отыскать между ними остатки печеночной ткани.

Въ самой печени во многихъ мѣстахъ отмѣчается рѣзкій гнѣздный стазъ въ системѣ капилляровъ центральныхъ венъ, далѣе констатируется атрофія печеночныхъ клѣтокъ, наличность бураго пигмента во многихъ печеночныхъ клѣткахъ и незначительная ихъ жировая инфильтрація. Кое-гдѣ попадаются кровоизліянія, въ интерлобулярной же межуточной ткани—круглоклѣточный инфильтратъ.

Итакъ, у старика 63 лѣтъ случайно при вскрытіи были найдены въ обѣихъ доляхъ рѣзко застойной печени множественныя кавернозныя гемангіомы, помѣщавшіяся какъ на поверхности печени, такъ и въ глубинѣ органа. Одинъ узелъ былъ особенно великъ. Микроскопическое строеніе всѣхъ гемангіомъ оказалось одинаковымъ.

Особый интересъ представляетъ отсутствіе собственной капсулы у опухолей, нахожденіе мелкихъ полостей и молодой соединительной ткани въ нѣкоторыхъ мѣстахъ по периферіи опухоли и наличность запустѣвшихъ полостей, благодаря образованію тромбовъ и ихъ организаціи. Кромѣ того отмѣчу нахожденіе участковъ печеночныхъ клѣтокъ въ центральныхъ частяхъ одной изъ опухолей и размноженіе желчныхъ протоковъ въ соединительной ткани периферическихъ отдѣловъ другой. Непосредственная связь съ капиллярной системой печени была отмѣчена только въ одномъ мѣстѣ, какъ явленіе, повидимому, исключительное. Обычно же, какъ мнѣ въ этомъ пришлось неоднократно убѣждаться, полости гемангіомъ находятся въ связи съ большими сосудами печени и, повидимому, преимущественно съ вѣтвями v. portae.

СЛУЧАЙ LXXXIV.

М. 66 л. Кл. діагн.: Lupus nasi. Gastroenteritis acuta. Marasmus. Умеръ въ Г.Х.К.Н.У. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 26. III. 1910 г. Пр. вскр. № 63/369.

Пат.-анат. діагн.: Arteriosclerosis universalis. Marasmus. Gastroenteritis acuta. Pleuritis adhaesiva chronica fibrosa bilateralis. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum. Hypertrophia ventriculi dextri cordis. Endocarditis chronica fibrosa. Atheromatosis aortae. Atrophia fusca hepatis. Hepar moschatum. Haemangiomata cavernosa hepatis.

Печень мала, нѣсколько плотна, по краямъ истончена, кое-гдѣ истонченіе фибрознаго характера. Размѣры ея: 23 × 14 × 17 cm. На раз-

рѣзѣ печень бурая и застойная. На поверхности подъ капсулой многочисленныя, темно-красныя пятнышки. Въ правой долѣ найдены три сосудистыя опухоли. На ея передней поверхности подъ капсулой, на разстояніи 3 cm. отъ ligam. falciforme и 8 cm. отъ верхняго края печени было отмѣчено одно темно-синее пятно, величиною съ горошину, круглой формы, выдававшееся нѣсколько надъ поверхностью печени (I). На передней же поверхности правой доли, на разстояніи 2 cm. отъ верхняго и 8 cm. отъ праваго края печени находилось другое темно-синее пятно, очень мало выдававшееся надъ поверхностью печени (II). Капсула печени подъ этимъ пятномъ была сморщена. Кромѣ того изъ разныхъ мѣстъ печени были взяты для изслѣдованія подозрительные кусочки (съ темно-красными пятнами)—всего 17. Лишь въ одномъ изъ нихъ, взятомъ изъ правой доли печени, оказалась небольшая кавернозная гемангіома (III). Во всѣхъ остальныхъ шестнадцати кусочкахъ былъ найденъ при микроскопическомъ изслѣдованіи только рѣзкій гнѣздный застой и атрофія печеночныхъ клѣтокъ (hepar moschatum). Цирроза печени и начальныхъ стадій развитія кавернозныхъ гемангіомъ обнаружить не удалось.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи *первая* опухоль оказалась состоящей изъ полостей различной величины, наполненныхъ кровью. Часть полостей большей величины діаметромъ около 0,4 mm. На одномъ изъ срѣзовъ такихъ полостей было 8. Рядомъ съ ними было расположено около 10 значительно меньшихъ. На этомъ же срѣзѣ вся опухоль имѣла яйцевидную форму и близко прилежала къ капсулѣ печени. На другомъ же срѣзѣ, изъ болѣе периферической части опухоли, форма ея представлялась болѣе шаровидной и отдѣлена она была отъ капсулы печени широкой полосой соединительной ткани, содержавшей отдѣльныя печеночныя клѣтки и желчные протоки. Полости въ этомъ срѣзѣ по преимуществу маленькія. Большинство полостей I опухоли между собою сообщаются, выстланы однорядным эндотеліемъ и наполнены красными кровяными шариками съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Перегородки между полостями различной толщины и состоятъ изъ соединительной ткани. Въ болѣе широкихъ перегородкахъ видны капиллярнаго типа сосуды. Граница опухоли съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи. Въ однихъ мѣстахъ полости отдѣляются отъ печеночной ткани лишь еле замѣтной полосой соединительной ткани, въ другихъ же—широкою полосою волокнистой соединительной ткани, содержащей капиллярные сосуды, желчные протоки и участки круглоклѣточнаго инфильтрата.

При окраскѣ по Weigert'у, эластическая ткань открывается въ соединительной ткани опухоли въ видѣ тоненькихъ волоконецъ.

Въ самой печени замѣтенъ рѣзкій гнѣздный стазъ и атрофія и гибель печеночныхъ долекъ. Кое-гдѣ отмѣчается отложеніе бураго пигмента въ печеночныхъ клѣткахъ. Вблизи опухоли видны тоненькія соединительнотканныя волокна, исходящія изъ периферіи опухоли и облегающія близлежащія печеночныя клѣтки. Кромѣ того замѣтно

утолщеніе интерлобулярной ткани и кое-гдѣ въ ней круглоклѣточный инфильтратъ.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія *второй* опухоли сдѣланы срѣзы изъ ея периферической и центральной частей.

Периферическая часть опухоли окружена печеночной тканью и расположена на разстояніи ок. 0,7 mm. отъ капсулы печени. Опухоль состоитъ изъ десятка, преимущественно большихъ, полостей, сообщающихся между собою и наполненныхъ красными кровяными шариками съ довольно значительною въ нѣкоторыхъ мѣстахъ примѣсью бѣлыхъ. Полости выстланы однорядным эндотеліемъ и раздѣлены другъ отъ друга преимущественно тонкими соединительнотканными перегородками. Собственной капсулой опухоль не обладаетъ. Граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи. Печеночныя клѣтки отдѣлены отъ полостей опухоли то тонкой стѣнкой, то болѣе широкими полосами соединительной ткани, являющимися часто продолженіемъ интерлобулярной соединительной ткани и заключающими въ себѣ сосуды и желчные протоки.

При окраскѣ по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей ясно видны тонкія волоконца эластической ткани.

Въ срѣзахъ, взятыхъ изъ мѣста наибольшаго распространенія опухоли, видно, что она близко подходитъ къ капсулѣ печени, будучи отдѣленной отъ нея лишь тонкой соединительнотканною полосою, содержащей отдѣльныя атрофированныя печеночныя клѣтки, сосуды, желчные протоки и круглоклѣточный инфильтратъ. Въ этихъ же срѣзахъ опухоль имѣетъ одинаковый видъ. Одинъ участокъ ея состоитъ преимущественно изъ большихъ полостей, діаметромъ около 0,5 mm. каждая, раздѣленныхъ другъ отъ друга тонкими соединительнотканными перегородками. Въ другомъ участкѣ опухоли болѣе мелкаго размѣра полости, діаметромъ около 0,18 mm. каждая, раздѣленныя другъ отъ друга болѣе широкими и богатыми ядрами соединительнотканными перегородками. Въ третьемъ участкѣ преобладаютъ широкія полосы болѣе плотной соединительной ткани, до 0,27 mm. шириною, въ которой встрѣчаются отдѣльныя гладко-мышечныя клѣтки. Полости, особенно большія, сообщаются между собою и выстланы однослойнымъ эндотеліемъ. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ довольно значительною въ нѣкоторыхъ полостяхъ примѣсью бѣлыхъ. Кое-гдѣ въ периферическихъ частяхъ опухоли видны въ перегородкахъ сдавленныя печеночныя клѣтки. Собственной капсулы опухоли и въ этихъ срѣзахъ нѣтъ; граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи, такъ какъ многія полости отдѣльно или группами выпячиваются въ печеночную ткань. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ полости граничатъ не съ печеночными клѣтками, а съ участками интерлобулярной ткани.

При окрашиваніи по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей обнаруживаются волокна эластической ткани.

Измѣненія въ окружающей печеночной ткани тѣ же, что и по окружности вышеописанной первой опухоли.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи случайно найденной *третьей* опухоли, также помѣщавшейся вблизи капсулы печени, строеніе ея и окружавшаго ее участка печени оказалось тождественнымъ со строеніемъ обѣихъ вышеописанныхъ полостей. Лишь въ одномъ мѣстѣ было найдено сообщеніе полости опухоли съ капилляромъ застойнаго участка печени, расположеннаго по окружности опухоли.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, также были въ опухоли найдены эластическія волоконца.

Итакъ, у старика 66 лѣтъ въ рѣзко застойной печени случайно при вскрытіи были найдены множественныя (три) сосудистыя опухоли (haemangiomata cavernosa), расположенныя близко къ поверхности правой ея доли. Между капсулой печени и опухолью обнаружены элементы печеночной ткани. Непосредственная связь полостей опухоли съ капиллярной системой печеночныхъ долекъ была найдена лишь въ одномъ мѣстѣ, во всѣхъ же остальныхъ препаратахъ такой связи не удалось обнаружить.

Интересъ въ данномъ случаѣ представляютъ: наличность отдѣльныхъ печеночныхъ клѣтокъ въ перегородкахъ между полостями, расположенными по периферіи опухоли, отсутствіе собственной капсулы опухоли въ связи съ выбуханіемъ полостей въ печеночную ткань, наличность эластической ткани во всѣхъ трехъ опухоляхъ и нахожденіе гладко-мышечныхъ волоконъ въ широкой перегородкѣ между полостями опухоли.

СЛУЧАЙ LXXXV.

М. 68 л. Кл. діагн.: Neoplasma pulmonis dextri. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.И.Н.У.) 30. XI. 1911 г. (д-ръ *Корнманъ*).

Пат.-анат. діагн.: Neoplasma malignum (sarcoma globocellulare) mediastini antici. Metastases pulmonum, pleurarum, pericardii, cordis, hepatis, intestini jejuni, pancreatis et glandularum lymphaticarum peribronchialium. Pneumonia gangraenosa lobi medii pulmonis dextri et lobi superioris pulmonis sinistri. Hyperaemia venosa et oedema lobi superioris et inferioris pulmonis sinistri et lobi inferioris pulmonis dextri. Tuberculosis sanata apicis pulmonis sinistri. Pleuritis exsudativa dextra. Hydropericardium. Perihepatitis et perisplenitis fibrosa. Haemangiomata cavernosa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Cystis renis dextri. Catarrhus chronicus ventriculi et intestini jejuni, ilei et coeci. Varices haemorrhoidales ani. Cachexia.

Размѣры печени: правая доля—$18 \times 18 \times 9$ cm., лѣвая доля—

11 × 13 × 8 cm. Діафрагмальная поверхность печени сращена съ діафрагмою. Въ обѣихъ доляхъ множественные метастатическіе узлы новообразованія средостѣнія; одинъ изъ такихъ узловъ лѣвой доли достигаетъ величины женскаго кулака. На передней поверхности правой доли имѣются два темно-синихъ узла круглой формы. Оба узла находятся подъ капсулой печени; одинъ изъ нихъ большей величины, діаметромъ около 0,5 cm., другой меньшей. діаметромъ около 0,3 cm. На разрѣзѣ оба узла, ячеистаго строенія, рѣзко выдѣляются среди печеночной паренхимы.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія взяты кусочки изъ среднихъ частей обѣихъ опухолей. Строеніе обѣихъ опухолей оказалось одинаковымъ, почему я ограничусь общимъ описаніемъ.

Обѣ опухоли состоятъ изъ многочисленныхъ полостей, занимающихъ участокъ печени подъ ея капсулой. Полости преимущественно большого размѣра, діаметромъ до 1,3 mm. Наряду съ такими, встрѣчаются также полости и меньшей величины, около 0,09 mm. въ діаметрѣ. Послѣднія чаще встрѣчаются въ меньшаго размѣра опухоли. Форма полостей круглая или овальная. Многія полости сообщаются между собою, благодаря разрывамъ ихъ стѣнокъ. Содержимое полостей составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Во многихъ полостяхъ видны смѣшанные организующіеся тромбы. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, болѣе богатой ядрами въ малыхъ полостяхъ и менѣе ими богатой въ большихъ полостяхъ. Толщина стѣнокъ различная. Она обычно колеблется около 15—20—22 μ. Наряду съ такими стѣнками видны рѣзко истонченныя, а также иногда очень широкіе участки соединительной ткани (шириной около 0,2 mm.). Стѣнки полостей со стороны ихъ просвѣта выстланы однорядным плоскимъ эндотеліемъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, она въ стѣнкахъ полостей обнаруживается въ видѣ тоненькихъ, извивающихся эластическихъ волоконъ.

Къ капсулѣ печени полости подходятъ вплотную, такъ что соединительная ткань капсулы входитъ въ составъ стѣнки ближайшихъ полостей. На границѣ съ печенью полости отдѣльно или группами вдаются въ паренхиму печени; собственной капсулы у опухоли нѣтъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ къ опухоли непосредственно примыкаютъ участки интерлобулярной ткани съ большими сосудами и желчными ходами, при чемъ соединительная ткань интерлобулярной ткани непрерывно переходитъ въ стѣнки полостей. Непосредственнаго сообщенія между просвѣтами полостей и капиллярами печени не наблюдается.

Сама печень рѣзко измѣнена. Въ области системы центральныхъ венъ рѣзкій застой: капилляры и центральныя вены растянуты. Многія печеночныя клѣтки атрофированы. Отмѣчается значительная жировая инфильтрація паренхимы печени. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, при окрашиваніи срѣзовъ по van Gieson'у, особенно ясно замѣтно развитіе внутридольковой соединительной ткани.

Итакъ, у старика 68 лѣтъ, умершаго въ кахектичномъ состояніи (злокачественная опухоль), случайно были найдены при вскрытіи на передней поверхности правой доли печени двѣ небольшія кавернозныя гемангіомы. Микроскопическое строеніе обѣихъ опухолей оказалось почти одинаковымъ. Въ виду наличности мелкихъ полостей въ опухоли меньшаго размѣра и отсутствія ихъ въ опухоли бо́льшаго размѣра, представляется вѣроятнымъ, что первая опухоль находится на нѣсколько болѣе ранней стадіи своего развитія.

Интересъ даннаго случая заключается, во-первыхъ, въ одновременности существованія въ печени метастатическихъ узловъ саркомы средостѣнія и гемангіомъ, во-вторыхъ, въ отсутствіи зависимости между рѣзкимъ застоемъ въ печени и наличностью гемангіомъ и, въ-третьихъ, въ почти совершенно однообразномъ макро- и микроскопическомъ строеніи обѣихъ гемангіомъ.

СЛУЧАЙ LXXXVI.

М. 71 г. Кл. діагн.: Pneumonia cruposa dextra. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытіе (П.А.К.О.С.Г.Б.) 6. III. 1912 г. Пр. вскр. № 54.

Пат.-анат. діагн.: Pneumonia cruposa dextra (hepatisatio grisea). Pleuritis purulenta dextra. Hyperaemia passiva et oedema pulmonum. Tuberculosis localisata apicis pulmonis dextri. Dilatatio cordis et hypertrophia ventriculi sinistri cordis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii. Pericarditis seroso-fibrinosa. Hepar moschatum. Atrophia senilis renum. Nephritis parenchymatosa renum. Haemangiomata cavernosa hepatis.

Размѣры печени: правая доля—17 × 18 × 7,5 cm.; лѣвая доля—13 × 16 × 5,5 cm. На передней поверхности печени имѣется большое количество узелковъ съ отложеніями извести. Узелки различной величины, начиная съ величины булавочной головки и больше. Печень буроватаго цвѣта, края ея мѣстами закруглены, мѣстами заострены. Въ ней рѣзко выраженныя явленія застоя. На нижней поверхности лѣвой доли подъ капсулой видно темно-синее пятно округлой формы съ неровными краями, діаметромъ около 3 mm.; на верхней поверхности той же лѣвой доли подъ капсулой такое же темно-синее пятно круглой формы меньшей величины, діаметромъ около 2 mm. На разрѣзахъ оба пятна оказались опухолями ячеистаго строенія, рѣзко выдѣлявшимися среди ткани печени.

Микроскопическому изслѣдованію подверглись обѣ опухоли. По строенію онѣ оказались одинаковыми и состояли изъ многочисленныхъ полостей, наполненныхъ кровью. Полости преимущественно значительной величины, въ среднемъ около 0,5 mm. въ діаметрѣ, но

встрѣчаются вдвое бо́льшія. Однѣ полости круглой или овальной формы, другія представляются очень вытянутыми. Лишь немногія изъ нихъ сообщаются другъ съ другомъ. Во многихъ мѣстахъ видно значительное истонченіе и разрывы стѣнокъ между сосѣдними полостями и сліяніе нѣсколькихъ мелкихъ полостей въ одну большую. Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ лишь съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ видны преимущественно фибринные тромбы въ стадіи организаціи. Въ другихъ мѣстахъ имѣются участки круглой и вытянутой формы, состоящіе въ центральныхъ своихъ частяхъ изъ плотной гіалиновой соединительной ткани, а въ периферическихъ изъ концентрически расположенныхъ слоевъ соединительнотканныхъ вытянутыхъ клѣтокъ. Повидимому, эти участки представляютъ собою запустѣвшія полости. Стѣнки полостей состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной ядрами. Стѣнки различной толщины, въ среднемъ отъ 20 до 40 μ.; но наряду съ такими встрѣчаются и болѣе тонкія, а также очень широкія. Всѣ стѣнки со стороны полостей выстланы эндотеліемъ.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей мѣстами видны тоненькія эластическія волокна.

Со стороны капсулы печени полости той и другой опухоли близко подходятъ къ ней, такъ что соединительная ткань стѣнокъ полостей сливается съ соединительною тканью капсулы. Собственной капсулы у опухолей нѣтъ. Граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи, такъ какъ отдѣльныя полости выпячиваются въ ткань печени. Непосредственныхъ сообщеній между капиллярами печени и просвѣтами полостей не найдено.

Сама печень представляетъ значительныя измѣненія. Капсула печени сморщена, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ непосредственно подъ ней виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Сама печень рѣзко застойна, въ клѣткахъ имѣются скопленія бураго пигмента. Количество интерлобулярной соединительной ткани увеличено, во многихъ мѣстахъ въ ней виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Кое-гдѣ замѣтна жировая инфильтрація печени.

Итакъ, у старика 71 г., умершаго отъ воспаленія праваго легкаго, были найдены случайно при вскрытіи въ области лѣвой доли застойной печени двѣ небольшія кавернозныя гемангіомы.

Интересъ даннаго случая заключается, во-первыхъ, въ одинаковой патолого-анатомической картинѣ, представляемой обѣими опухолями, во-вторыхъ, въ томъ, что имѣлись несомнѣнные признаки обратнаго ихъ развитія. На послѣднее обстоятельство указываетъ какъ отсутствіе мелкихъ полостей, такъ и наличность заросшихъ соединительною тканью полостей. Далѣе интересно образованіе большихъ полостей пу-

темъ разрыва стѣнокъ и слiянiя мелкихъ. Наконецъ, установлено отсутствiе связи между застойными явленiями въ печени и образованiемъ кавернозныхъ гемангiомъ.

СЛУЧАЙ LXXXVII.

М. 81 г. Кл. дiагн.: Marasmus senilis. Умеръ въ О.С.Г.Б. Вскрытiе (П.А.И.Н.У.) 7. X. 1911 г.

Пат.-анат. дiагн.: Broncho-pneumonia tuberculosa lobi superioris pulmonis sinistri et lobi inferioris pulmonis dextri. Bronchitis catarrhalis. Tuberculosis obsoleta apicis pulmonis utriusque lateris. Tuberculosis miliaris peritonei parietalis et visceralis. Pleuritis adhaesiva chronica fibrosa ossificans. Sclerosis valvularum aortae. Atheromatosis aortae. Hepar moschatum. Haemangiomata cavernosa hepatis. Renes arteriosclerotici. Hyperplasia pulpae lienis. Catarrhus chronicus et polypi ventriculi. Lipomata subcutis. Arteriosclerosis universalis. Marasmus senilis.

Печень уменьшена, мускатна. Размѣры правой доли печени: 22×15×6 cm., лѣвой доли—8×5×3 cm. У наружнаго края передней поверхности правой доли виденъ темно-синiй узелъ круглой формы, дiаметромъ около 2 cm. На разрѣзѣ узелъ распространяется вглубь печени на разстоянiи около 0,5 cm. и представляетъ ячеистое строенiе. Изъ глубины печени къ узлу подходятъ и въ него входятъ довольно широкiя вѣтви воротной вены. Кромѣ того видны маленькiе узелки, величиной съ булавочную головку, также ячеистаго строенiя, расположенные какъ подъ капсулой печени, такъ и въ ткани печени около просвѣтовъ вѣтвей воротной вены, недалеко отъ большого узла.

Для *микроскопическаго* изслѣдованiя было залито въ целлоидинъ 4 кусочка изъ различныхъ мѣстъ опухолей.

Большой узелъ представляется въ различныхъ мѣстахъ различнаго строенiя. Преимущественно по периферiи этого узла встрѣчаются участки, состоящiе изъ соединительной ткани, то гомогенной, бѣдной ядрами и сосудами, то пронизанной многочисленными спавшимися сосудами капиллярнаго типа, выстланными сочнымъ эндотелiемъ (см. *табл. IX, рис. 38*). Въ периферическихъ же частяхъ узла видны большiе сосуды (артерiи и вены) и желчные протоки. Во многихъ мѣстахъ можно замѣтить, какъ интерлобулярная соединительная ткань переходитъ въ соединительную ткань узла. Въ центрально расположенныхъ мѣстахъ узла имѣются многочисленныя, извивающiяся и перекрещивающiяся въ различныхъ направленiяхъ полосы соединительной ткани, выстланныя эндотелiемъ и окаймляющiя полости различной величины и формы. Въ однѣхъ полостяхъ видна кровь, въ другихъ она отсутствуетъ (выпала при обработкѣ препарата). Въ центрѣ узла полости многообразно сообщаются между собою, такъ что трудно опредѣлить границы каждой отдѣльной полости; въ мѣстахъ,

расположенныхъ болѣе периферически, удается различать отдѣльныя полости, по большей части находящіяся въ спавшемся состояніи (см. *табл. IX, рис. 39*). Содержимое полостей состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Во многихъ полостяхъ видны смѣшанные тромбы. Стѣнки полостей выстланы однорядными плоскимъ эндотеліемъ и состоятъ изъ гомогенной волокнистой соединительной ткани. Ширина стѣнокъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ, но преобладаютъ шириной ок. 20 μ. Иногда въ болѣе широкихъ участкахъ соединительной ткани между полостями видны небольшіе сосуды, а также желчные протоки.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ стѣнкахъ полостей она не была найдена.

Большой узелъ помѣщается подъ печеночной капсулой, которая вообще представляется складчатою и утолщенною. Надъ узломъ въ капсулѣ открывается типичный туберкулезный бугорокъ. Между капсулой и узломъ среди плотной соединительной ткани видны желчные протоки и большіе сосуды. Граница съ печенью представляется въ видѣ извилистой линіи и состоитъ преимущественно изъ вышеописанныхъ участковъ соединительной ткани. Во многихъ мѣстахъ видна связь этихъ участковъ съ интерлобулярною межуточною тканью. Въ иныхъ мѣстахъ въ печеночную ткань вдаются группы полостей, наполненныхъ кровью. Такія же самостоятельныя группы полостей встрѣчаются среди ткани печени и вдали отъ главнаго узла. Однѣ такія группы состоятъ изъ тонкостѣнныхъ полостей, наполненныхъ кровью, безъ видимаго развитія соединительной ткани и со всѣхъ сторонъ окружены печеночными клѣтками (см. *табл. IX, рис. 40*). Другія находятся въ связи со стѣнкой вѣтви воротной вены и какъ бы сидятъ на ней (см. *табл. IX, рис. 41*). Соединительная ткань стѣнки вены непосредственно переходитъ въ межуточную ткань между полостями.

Печень представляетъ значительныя измѣненія. Она застойна и рѣзко инфильтрирована жиромъ. Печеночныя клѣтки атрофированы, во многихъ изъ нихъ виденъ бурый пигментъ. Въ стѣнкахъ сосудовъ печени открывается рѣзкій атероматозъ: онѣ утолщены, частью гіалиново перерождены; иногда открываются участки распада. Кое-гдѣ виденъ круглоклѣточный инфильтратъ, въ особенности вблизи утолщенной печеночной капсулы.

Итакъ, у старика 81 года, умершаго отъ туберкулеза легкихъ, распространившагося и на брюшину, случайно при вскрытіи была найдена на передней поверхности правой доли печени довольно большая кавернозная гемангіома и около главнаго узла какъ въ ткани печени, такъ и около большихъ сосудовъ, маленькія кавернозныя гемангіомы.

Интересъ даннаго случая заключается въ наличности упомянутыхъ мелкихъ гемангіомъ и въ связи нѣкоторыхъ изъ нихъ со стѣнками большихъ сосудовъ. Интересно строе-

ніе и главной кавернозной гемангіомы, въ которой были найдены многочисленные участки плотной соединительной ткани. Послѣднее обстоятельство указываетъ на процессъ обратнаго развитія гемангіомы путемъ разрастанія и послѣдующаго сморщиванія соединительной ткани. Такому обратному развитію новообразованія, повидимому, содѣйствовала организація имѣющихся въ просвѣтахъ полостей смѣшанныхъ тромбовъ. Отсутствіе мышечныхъ и эластическихъ волоконъ въ стѣнкахъ полостей указываетъ на вѣроятное образованіе этихъ полостей изъ сосудовъ капиллярнаго типа.

СЛУЧАЙ LXXXVIII.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ препарата печени, хранящагося въ музеѣ П.А.И.Н.У. подъ № 915. Препаратъ приготовленъ по способу проф. Мельникова-Разведенкова и находится въ музеѣ съ 3. II. 1905 г. съ діагнозомъ: angioma cavernosum hepatis.

Въ препаратѣ печени видна опухоль, разрѣзанная пополамъ. Сохранены обѣ половины. Размѣры опухоли: 7 × 5 × 3,5 cm. Она пещеристаго строенія, краснаго цвѣта и, расположенная на выпуклой поверхности печени подъ капсулой, выдается на 0,5 cm. надъ уровнемъ послѣдней. Разсматривая опухоль съ поверхности печени, замѣчается по окружности этой опухоли небольшое вдавленіе, въ предѣлахъ котораго капсула печени сморщена и утолщена. По окружности опухоли видны большія вѣтви воротной вены, стѣнки которыхъ мѣстами какъ бы отграничиваютъ опухоль отъ печеночной ткани. На нижней поверхности печени открывается, также подъ капсулой, другая, небольшая кавернозная гемангіома, достигающая въ діаметрѣ около 0,5 cm. Наконецъ, въ глубинѣ печени имѣется еще небольшая опухоль, около 0,3 cm. въ діаметрѣ, тоже ячеистаго строенія, сообщающаяся съ зіяющей вѣтвью воротной вены.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи оказалось, что всѣ три опухоли состоятъ изъ полостей самой разнообразной формы и величины (начиная отъ самыхъ маленькихъ, достигающихъ въ діаметрѣ не болѣе 0,9 mm.).

Очень многія полости сообщаются между собою. Ихъ содержимое состоитъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ очень незначительнымъ количествомъ бѣлыхъ. Всѣ полости выстланы однослойнымъ плоскимъ эндотеліемъ. Межуточная ткань опухолей состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани. Въ большой опухоли она открывается мѣстами въ видѣ широкихъ участковъ, одинъ изъ такихъ участковъ виденъ уже простымъ глазомъ и достигаетъ очень большой величины (3 × 3,5 cm.). Отъ такихъ участковъ отходятъ тяжи изъ соеди-

нительной ткани, составляющіе перегородки между полостями. Эти перегородки различной величины, но преобладаютъ тонкія, толщиною около 12 μ. Въ нѣкоторыхъ перегородкахъ видны утолщенія. Въ обѣихъ маленькихъ опухоляхъ между полостями видны преимущественно тонкія перегородки, въ одной опухоли находящіяся въ связи съ интерлобулярной соединительной тканью, а въ другой—со стѣнкой воротной вены. Въ нѣкоторыхъ перегородкахъ большой опухоли замѣчается гіалиновое перерожденіе соединительной ткани. Такое же гіалиновое перерожденіе открывается и въ большихъ соединительнотканныхъ участкахъ. Въ послѣднихъ встрѣчаются въ большомъ количествѣ небольшія, иногда щелевидныя полости, а также переходныя формы, начиная отъ щелевидныхъ и кончая полостями, составляющими опухоль. Получается впечатлѣніе, что въ большой опухоли происходитъ развитіе плотной соединительной ткани, которая сдавливаетъ полости и обусловливаетъ ихъ запустѣніе. Дѣйствительно, мѣстами фиброзная ткань имѣетъ видъ компактной массы и лишь кое-гдѣ среди этой ткани замѣтны группы клѣтокъ, носящихъ характеръ сохранившагося эндотелія уже исчезнувшихъ полостей. Въ маленькихъ опухоляхъ такой процессъ не наблюдается.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани большой опухоли открывается довольно значительное количество тонкихъ эластическихъ волоконъ. Въ соединительной же ткани, входящей въ составъ обѣихъ маленькихъ опухолей, эластическая ткань встрѣчается лишь въ ничтожномъ количествѣ.

Капсула печени морщиниста. Между нею и большою опухолью открываются островки печеночныхъ клѣтокъ, группы желчныхъ протоковъ и кровеносные сосуды. Между капсулой печени и одной изъ маленькихъ опухолей помѣщается довольно широкая полоса печеночной ткани. Между печенью и большою опухолью имѣется поясъ изъ волокнистой соединительной ткани, шириною около 60 μ., который окружаетъ опухоль со всѣхъ ея сторонъ. Въ этомъ поясѣ имѣются небольшіе кровеносные сосуды и желчные протоки. Во многихъ мѣстахъ съ этимъ поясомъ, образующимъ родъ капсулы гемангіомы, сливается интерлобулярная ткань печени. Граница маленькихъ опухолей съ печенью представляется въ видѣ очень извилистой линіи. Никакой капсулы не видно. Полости выбухаютъ въ печеночную ткань, отдѣльные участки которой какъ бы ущемляются между этими полостями.

Сама печень представляется рѣзко измѣненной: она очень сильно застойна. Въ центральныхъ частяхъ долекъ печеночныя клѣтки частью атрофированы, частью отсутствуютъ, и видно развитіе молодой грануляціонной ткани (фибробласты и новообразованные капилляры). Въ клѣткахъ печени открывается большое количество бураго пигмента. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтны признаки регенераціи: видны цѣлыя трабекулы, состоящія изъ гигантскихъ печеночныхъ клѣтокъ. Вѣтви v. portae расширены, въ артеріяхъ замѣчается рѣзкій эндартеріитъ, иногда до полной облитераціи просвѣта сосудовъ. Нигдѣ въ мѣстахъ развитія соединительной ткани не было найдено образованія полостей,

похожихъ на полости кавернозной гемангіомы. Также ни въ одной изъ трехъ изслѣдованныхъ гемангіомъ не удалось обнаружить непосредственнаго сообщенія между полостями опухолей и капиллярами печеночныхъ долекъ.

Интересъ описаннаго случая заключается въ томъ, что въ сильно застойной печени найдены три кавернозныя гемангіомы, изъ которыхъ въ самой большой ростъ, несомнѣнно, былъ законченъ (наличность капсулы и признаки обратнаго развитія опухоли). Обѣ маленькія опухоли находились въ связи съ интерлобулярной тканью печени вообще и съ развѣтвленіями воротной вены въ частности. Микроскопическое изслѣдованіе выяснило полную независимость между застойными явленіями въ печени и найденными кавернозными гемангіомами.

Гемангіомы печени мною изслѣдованы въ количествѣ 40 случаевъ. Въ 16 случаяхъ онѣ были найдены при вскрытіи въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ одесской старой городской больницы, въ 11—при вскрытіяхъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета. Пять гемангіомъ печени были мнѣ любезно присланы д-ромъ *М. А. Мисиковымъ* изъ патолого-анатомическаго кабинета одесской новой городской больницы, а одна—д-ромъ *А. Ф. Мелешко* изъ института судебной медицины Новороссійскаго Университета. Такимъ образомъ въ 33 случаяхъ гемангіомы печени были мною получены непосредственно послѣ вскрытія; въ остальныхъ 7 случаяхъ я воспользовался матеріаломъ музея П.А.И.Н.У.

Причины смерти больныхъ, у которыхъ найдены гемангіомы печени, были самыя различныя. Чаще всего отмѣчено воспаленіе легкихъ (9 разъ), затѣмъ—заболѣванія сердца и злокачественныя опухоли (по 4 раза), старческій маразмъ (3 раза) и возвратный тифъ (2 раза), наконецъ, въ единичныхъ случаяхъ—брюшной тифъ, холера, гноекровіе, миліарный туберкулезъ, менинго-энцефалитъ, плевритъ, перитонитъ и т. д.

Одновременное существованіе съ гемангіомами печени опухолей иного строенія было найдено въ шести случаяхъ (LIII, LIX, LX, LXXVII, LXXXI и LXXXV).

Распредѣленіе умершихъ, у которыхъ при вскрытіи найдены гемангіомы печени, по возрасту и полу, представлено въ нижеслѣдующей таблицѣ XXXIII:

Таблица XXXIII.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ								Всего
	Отъ 20 до 29 л.	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	„ 70 „ 79 „	„ 80 „ 89 „	Неизвѣстно	
мужч. .	1	4	3	7	6	3	2	—	26
женщ. .	1	2	—	1	3	—	—	—	7
неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	—	7	7
Итого .	2	6	3	8	9	3	2	7	40

При обозрѣніи вышеприведенной таблицы бросается въ глаза рѣзкое преобладаніе мужского пола и полное отсутствіе лицъ малолѣтняго возраста.

Преобладаніе мужского пола объясняется тѣмъ, что наибольшій контингентъ умершихъ, обычно подвергавшихся вскрытію, относился къ мужчинамъ средняго возраста. Для подтвержденія этого объясненія мною представлены въ таблицѣ XXXIV (см. стр. 841) данныя о возрастѣ и полѣ всѣхъ умершихъ, подвергнутыхъ вскрытію въ П.А.К.О.С.Г.Б. (прозекторъ проф. *Д. П. Кишенскій*) за 1909, 1910 и 1911 годы, и въ таблицѣ XXXV (см. стр. 841) тѣ же данныя относительно умершихъ, у которыхъ при вскрытіи за тѣ же годы въ П.А.К.О.С.Г.Б. были найдены и мною изслѣдованы гемангіомы печени.

Такимъ образомъ, оказывается, что съ 1909 по 1911 г. въ 65% всѣхъ случаевъ были вскрыты трупы лицъ мужскаго пола, 42% которыхъ находились въ возрастѣ отъ 30 до 59 лѣтъ. Изъ данныхъ же, помѣщенныхъ въ таблицѣ XXXV (см. стр. 841), видно, что гемангіомы печени (тотъ

Таблица XXXIV.

ПОЛЪ	ГОДЪ	ВОЗРАСТЪ: До 1 года	Отъ 1 до 9 л.	„ 10 „ 19 „	„ 20 „ 29 „	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	„ 70 „ 79 „	„ 80 „ 89 „	„ 90 „ 99 „	„ 100 „ 109 „	Неизвѣстно	Всего	
МУЖЧ.	1909	7	51	11	27	34	49	49	35	16	9	1	2	6	297	703
	1910	10	33	26	19	33	39	32	35	16	3	1	1	7	255	
	1911	4	11	11	27	17	21	24	22	9	2	2	—	1	151	
ЖЕНЩ.	1909	4	37	14	26	12	13	23	16	10	1	—	—	3	159	381
	1910	3	28	11	14	14	14	16	18	7	7	—	—	3	135	
	1911	5	12	10	16	12	6	8	6	5	3	1	—	3	87	
ИТОГО . .		33	172	83	129	122	142	152	132	63	25	5	3	23	1084	

Таблица XXXV.

ПОЛЪ	ВОЗРАСТЪ*): Отъ 20 до 29 л.	„ 30 „ 39 „	„ 40 „ 49 „	„ 50 „ 59 „	„ 60 „ 69 „	„ 70 „ 79 „	„ 80 „ 89 „	Всего
мужч. .	—	1	2	3	2	2	1	11
женщ. . .	1	1	—	1	2	—	—	5
Итого . .	1	2	2	4	4	2	1	16

*) По окончаніи настоящей работы, при вскрытіи гемангіома печени была найдена у мужчины 16 лѣтъ.

же матеріалъ) были найдены у мужчинъ въ 69% случаевъ, при чемъ мужчины, умершіе въ возрастѣ отъ 30—59 лѣтъ, составили 55% общаго числа лицъ мужского пола.

Число дѣтей, умершихъ до 10-лѣтняго возраста и подвергнутыхъ вскрытію (1909—1911), составляетъ около 19% всего числа вскрытыхъ въ П.А.К.О.С.Г.Б. Отмѣчу, что за послѣдніе два года (1910 и 1911) число труповъ дѣтей, подвергнутыхъ вскрытію, значительно уменьшилось: въ 1909 г. было вскрыто 99 труповъ дѣтей (до 10-лѣтняго возраста), въ 1910 г. — 74, а въ 1911 г. — только 32. Въ большинствѣ случаевъ вскрытію подвергались трупы дѣтей, умершихъ отъ заразныхъ болѣзней (дифтерита и скарлатины), при чемъ обслѣдованіе печени не всегда было произведено достаточно подробно.

Необходимо отмѣтить, что наиболѣе часто встрѣчающіяся гемангіомы печени у взрослыхъ и стариковъ обыкновенно представляются очень незначительной величины (съ горошину, просяное зерно, булавочную головку и т. п.). Имѣя въ виду только что указанныя литературныя данныя о величинѣ кавернозныхъ гемангіомъ печени, а также указаніе отдѣльныхъ авторовъ (*Virchow*'а и др., см. стр. 272) на ненахожденіе этихъ образованій въ дѣтскомъ возрастѣ, нѣкоторые изслѣдователи вывели заключеніе, что гемангіомы печени у дѣтей совершенно не встрѣчаются, а у взрослыхъ являются образованіями пріобрѣтенными. Однако, какъ мною уже упомянуто (см. стр. 272), позднѣйшія наблюденія показали неправильность приведеннаго взгляда, такъ какъ типичныя гемангіомы печени, хотя и рѣдко, были находимы даже у новорожденныхъ. По *Blank*'у (1908), кавернозныя гемангіомы у дѣтей въ Килѣ встрѣчаются даже часто („... an der Hand vieler Fälle von Leberkavernomen bei Kindern“)[1]. Несмотря на приведенное мнѣніе *Blank*'а, мнѣ, на основаніи собственнаго матеріала, кажется болѣе правильнымъ уже цитированный мною (см. стр. 272) взглядъ *Kappeler*'а (1899), по которому, во-первыхъ, вскрытія у дѣтей производятся сравнительно рѣдко, и, во-вторыхъ, измѣненія

---

[1]) *Blank*. Über kavernöse Hämangiome mit besonderer Berücksichtigung ihres multiplen Vorkommens. I.D. Kiel. 1908. p. 38.

въ печени у дѣтей представляются обычно мало замѣтными. Поэтому я прихожу къ заключенію, что большія гемангіомы печени у дѣтей принадлежатъ къ рѣдкимъ находкамъ, малыя же гамангіомы простымъ глазомъ, повидимому, не всегда открываются и, особенно при бѣгломъ осмотрѣ, обычно просматриваются.

Въ 28 изъ изслѣдованныхъ мною случаевъ (IL—LXXVI) найдены единичныя гемангіомы печени, въ 12 (LXXVII—LXXXVIII)—множественныя.

Въ случаяхъ LXXVII, LXXVIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI и LXXXVIII были найдены только 2—3 опухоли, въ остальныхъ шести случаяхъ число опухолей было болѣе значительное (шесть опухолей въ случаѣ LXXXIII, восемнадцать—въ случаѣ LXXXII и еще большее число опухолей въ остальныхъ четырехъ случаяхъ LXXIX, LXXX, LXXXI и LXXXVII).

Въ правой долѣ печени найдены одиночныя гемангіомы въ 14 случаяхъ, множественныя—въ четырехъ; въ лѣвой долѣ одиночныя найдены въ четырехъ случаяхъ (IL, LIV, LVII, LXIV), множественныя—въ одномъ случаѣ (LXXXVI). Въ шести случаяхъ (LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXXI, LXXXII и LXXXIII) множественныя гемангіомы помѣщались какъ на поверхности, такъ и въ толщѣ обѣихъ долей печени. Наконецъ, въ десяти случаяхъ одиночныхъ гемангіомъ и въ одномъ множественныхъ (LXXXVIII) свѣдѣній о локализаціи опухолей въ печени не имѣется.

Большинство опухолей находилось вблизи капсулы печени и просвѣчивало черезъ нее. Иногда опухоли располагались на нѣкоторомъ разстояніи отъ капсулы печени, а также въ глубинѣ печени (сл. LX, LXIII, LXXXIII и др.). Часто уже макроскопически удавалось замѣтить, что опухоли какъ бы сидѣли на стѣнкахъ венозныхъ сосудовъ, преимущественно на стѣнкахъ вѣтвей воротной вены (см. *табл. IX, рис. 41*). Мѣстами опухоли даже вдавливали стѣнки сосуда въ просвѣтъ его (сл. LXXXII).

Также макроскопически удавалось неоднократно констатировать связь между просвѣтомъ большихъ венозныхъ сосудовъ, расположенныхъ на периферіи опухолей, и полостями послѣднихъ.

Найденныя гемангіомы печени представлялись различной величины. Въ большинствѣ случаевъ онѣ были небольшія, лишь мало замѣтныя, достигавшія въ діаметрѣ всего нѣсколькихъ миллиметровъ. Въ протоколахъ вскрытій величина подобныхъ маленькихъ гемангіомъ сравнивалась съ величиною просяного или коноплянаго зерна, горошины и т. п. Въ нѣсколькихъ, немногочисленныхъ случаяхъ встрѣтились и бóльшія опухоли, діаметромъ въ 1—2 cm., а также и значительной величины, діаметромъ 7 × 5 × 3 cm., 6,5 × 5 × 4,5 cm. и т. п. Въ случаѣ LXXI опухоль была величиной съ куриное яйцо, въ случаѣ LXVII—съ мандаринъ, а въ случаѣ LXXII—съ кулакъ взрослаго человѣка. Множественныя гемангіомы представляли собой или всѣ опухоли небольшой величины, или же, наравнѣ съ малыми узлами, находился одинъ или нѣсколько узловъ бóльшей величины. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ LXXIX (см. *табл. II, рис. 2, 3 и 4*) была обнаружена одна большая гемангіома печени и цѣлый рядъ маленькихъ.

Форма опухолей въ большинствѣ случаевъ была неправильно-круглая.

Большинство опухолей не выдавалось надъ поверхностью печени, только въ единичныхъ случаяхъ (LXIV) онѣ выступали въ видѣ бугровъ надъ поверхностью этого органа. Въ одномъ случаѣ (LXXXIII) въ центрѣ наружной поверхности такого узла было найдено вдавленіе, напоминавшее такъ называемый „раковый пупокъ“.

При изслѣдованіи простымъ глазомъ, границы сосудистыхъ опухолей печени представлялись рѣзко очерченными.

На разрѣзахъ всѣ опухоли имѣли ячеистый видъ и состояли изъ полостей, наполненныхъ кровью, и соединительнотканной основы, образовывавшей стѣнки полостей и представлявшейся чаще всего въ видѣ перекладинъ между сосѣдними полостями.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи опухолей оказалось, что въ однихъ случаяхъ встрѣчались преимущественно малыя полости, въ другихъ—преимущественно большія, а въ третьихъ—и большія и малыя. Почти во всѣхъ случаяхъ удавалось подмѣтить всевозможныя переходныя формы

между малыми и большими полостями, а также между сосудами капиллярнаго типа и маленькими полостями. Размѣры наименьшихъ полостей соотвѣтствовали 0,03—0,04—0,05 mm. въ діаметрѣ. Часто величина наименьшихъ полостей гемангіомъ соотвѣтствовала 0,09 mm. въ діаметрѣ. Большаго размѣра полости достигали различной величины: 0,3—0,4—0,5—0,9 mm. въ среднемъ и до 1,2 1,5—1,7 и 1,8 mm. въ діаметрѣ. Въ случаѣ LVII величина діаметра наибольшей полости была 4 mm. Большія полости, несомнѣнно, образуются путемъ слiянія нѣсколькихъ меньшихъ, благодаря постепенной атрофіи и разрывамъ перегородокъ между полостями. Подобныя картины наблюдались почти во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ (см., напримѣръ, *табл. VIII, рис. 33*).

Содержимое полостей состояло изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ то съ большей, то съ меньшей примѣсью бѣлыхъ. Большая или меньшая примѣсь послѣднихъ является послѣдствіемъ быстроты тока крови въ опухоли: при замедленномъ кровообращеніи въ полостяхъ опухоли задерживается болѣе значительное количество лейкоцитовъ. Во многихъ опухоляхъ удавалось констатировать наличность тромбовъ, преимущественно смѣшанныхъ, находившихся въ различныхъ стадіяхъ организаціи.

Во всѣхъ случаяхъ можно было замѣтить сообщенія между сосѣдними полостями. Въ опухоляхъ, состоявшихъ преимущественно изъ маленькихъ полостей, сообщенія между сосѣдними полостями замѣтны не часто (IL), въ опухоляхъ же, состоявшихъ главнымъ образомъ изъ большихъ полостей, сообщенія между полостями констатировались значительно чаще.

Несомнѣнно, что между полостями имѣются предсуществующія сообщенія, такъ какъ кровообращеніе въ полостяхъ гемангіомъ печени совершается и находится въ связи съ кровообращеніемъ въ большихъ сосудахъ печени. Этотъ фактъ установленъ еще *Virchow*'ымъ (1854 и 1863) и др., а въ новѣйшее время подтвержденъ *Ribbert*'омъ (1904 и 1908) (см. стр. 277). Кромѣ того нерѣдко устанавливаются сообщенія между большими полостями путемъ атрофіи и разрывовъ истонченныхъ перегородокъ, благодаря чему полу-

чаются широкія сообщенія между полостями и часто сліяніе нѣсколькихъ сосѣднихъ полостей въ одну большую (см. *табл. VIII, рис. 33*).

Во многихъ гемангіомахъ (сл. LI, LIII, LXII, LXIV, LXIX, LXXIII, LXXV, LXXXII, LXXXIII, LXXXVI и др.) открывались круглые участки, состоявшіе въ однихъ случаяхъ изъ плотной гіалиновой соединительной ткани, окруженной ободкомъ изъ клѣтокъ съ вытянутыми ядрами (фибробластами) (см. *табл. VIII, рис. 35*), въ другихъ изъ молодой соединительной ткани, богатой клѣтками съ вытянутыми ядрами и окруженной ободкомъ изъ плотной, гіалиново перерожденной соединительной ткани (сл. LXVI). Въ первыхъ случаяхъ процессъ, повидимому, заключается главнымъ образомъ въ организаціи тромбовъ, благодаря чему происходитъ запустѣніе полостей и замѣщеніе ихъ сперва молодой, а впослѣдствіи гіалиново перерожденной соединительной тканью. Въ послѣднихъ случаяхъ на первый планъ, повидимому, выступаетъ оплотнѣніе и разрастаніе межуточной ткани опухоли, при чемъ только въ далеко зашедшихъ случаяхъ происходитъ тромбозъ содержимаго полостей съ послѣдующей организаціей тромбовъ. Конечный результатъ обоихъ процессовъ одинъ и тотъ же: наступаетъ запустѣніе полостей и превращеніе сосудистой опухоли въ соединительнотканную по преимуществу, вслѣдствіе чего иногда (сл. LXVI, LXX и др.) такія опухоли на первый взглядъ дѣйствительно симулируютъ фибромы [1]).

Полости во всѣхъ изслѣдованныхъ мною опухоляхъ были выстланы эндотеліемъ. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ послѣдній представлялся плоскимъ однослойнымъ, только въ случаѣ IL мѣстами былъ найденъ многослойный эндотелій.

Межуточная ткань между полостями состояла изъ волокнистой соединительной ткани, въ однихъ случаяхъ болѣе богатой ядрами, въ другихъ—бѣдной ими. Изрѣдка межуточная ткань представлялась гіалиново перерожденной.

---

[1]) Отмѣчу, что, по *Merkel*'ю (1904, см. стр. 308), истинныя первичныя фибромы (за исключеніемъ нейрофибромъ) въ печени не описаны, и что всѣ фибромоподобные узлы, находимые въ этомъ органѣ, представляютъ собой запустѣвшія кавернозныя гемангіомы.

Толщина межуточнаго слоя, расположеннаго между сосѣдними полостями, колебалась въ самыхъ широкихъ предѣлахъ. Наряду съ очень истонченными „перегородками“ (4—8 μ. въ сл. LXIII, 8—10 μ. въ сл. LXVII, 12 μ. въ сл. LVI и т. д.) открывались и болѣе широкія (20—40 μ. въ сл. LXXXVI, 16—58 μ. въ сл. LX и т. д.) и очень широкія прослойки межуточной ткани (до 116 μ. въ сл. LXXXII и до 140 μ.—въ сл. LXV). Наконецъ, нерѣдко (сл. LI, LIII, LXIII, LXVII, LXXII, LXXXII, LXXXV, LXXXVII и др.) среди опухолей были найдены большого размѣра участки изъ волокнистой соединительной ткани, шириною отъ 0,25—1,0—1,6 mm. Отъ этихъ участковъ отходили болѣе тонкіе тяжи изъ волокнистой соединительной ткани, представлявшіеся въ видѣ перегородокъ между полостями. Иногда въ такихъ большого размѣра участкахъ соединительной ткани находятся кровеносные сосуды капиллярнаго типа, а также немногочисленныя гладко-мышечныя клѣтки (сл. LXVII, LXXII).

Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ межуточная ткань между полостями состояла исключительно изъ волокнистой соединительной ткани, то съ большей, то съ меньшей примѣсью эластической ткани. Полное отсутствіе послѣдней въ межуточной ткани опухолей было найдено только въ немногочисленныхъ случаяхъ (LI, LIV, LX, LXIII, LXXI, LXXII, LXXXV). Въ большинствѣ опухолей открывались лишь очень тоненькія эластическія волокна, то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ. Только въ немногихъ опухоляхъ (сл. LV, LXII, LXV, LXVI, LXX, LXXI и др.) удалось обнаружить значительное количество эластическихъ волоконъ, въ томъ числѣ и довольно толстыхъ.

Въ общемъ я пришелъ къ выводу, что въ опухоляхъ, состоящихъ преимущественно изъ небольшихъ полостей и изъ богатой ядрами межуточной ткани, количество эластической ткани очень незначительно, при чемъ лишь кое-гдѣ попадаются тоненькія эластическія волокна. Въ опухоляхъ же, состоящихъ изъ большихъ полостей и изъ межуточной ткани, болѣе бѣдной ядрами, обычно встрѣчается большое количество тоненькихъ эластическихъ волоконъ и изрѣдка видны и болѣе толстыя волокна. Наконецъ, въ „перегородкахъ“ изъ межуточной ткани, подвергающихся атрофіи (сл.

LXVIII и мн. др.) эластическая ткань совершенно отсутствуетъ, тогда какъ въ тѣхъ опухоляхъ, въ которыхъ имѣло мѣсто вторичное развитіе соединительной ткани (напримѣръ, при организаціи тромбовъ, см. сл. LXVI и др.), обнаруживается значительное количество эластической ткани.

Такимъ образомъ оказывается, что не во всѣхъ гемангіомахъ печени открывается эластическая ткань и что въ тѣхъ случаяхъ, когда она обнаруживается, количество ея колеблется въ широкихъ предѣлахъ. Поэтому я не могу согласиться съ мнѣніемъ авторовъ (*Merkel*'я и др.), по которому наличность эластической ткани является характернымъ признакомъ именно для кавернозныхъ гемангіомъ печени.

Во многихъ опухоляхъ въ составъ межуточной ткани (кромѣ волокнистой соединительной и эластической ткани) входили и другіе тканевые элементы. Такъ, напримѣръ, во многихъ случаяхъ (LXIV, LXVI, LXIX, LXXV, LXXIX, LXXXIII, LXXXIV) были найдены гладкія мышечныя клѣтки. Мѣстами онѣ располагались въ видѣ тяжей, мѣстами же въ видѣ узкаго кольца онѣ окружали просвѣты полостей, такъ что получалось впечатлѣніе сильно растянутыхъ небольшихъ венъ, напримѣръ, въ случаѣ LXIV. Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ (сл. LXXII, LXXIX и др.) въ межуточной ткани открывались большіе кровеносные сосуды, при чемъ въ случаяхъ LXI и LXXXI были найдены крупные артеріальные стволы. Кровеносные сосуды капиллярнаго типа въ межуточной ткани были замѣчены во многихъ опухоляхъ. Далѣе, въ цѣломъ рядѣ опухолей (сл. LXXII, LXXIV, LXXV, LXXIX, LXXXIII и др.) въ ихъ межуточной ткани были найдены желчные протоки какъ малаго, такъ и значительнаго калибра. Кромѣ того, во многихъ опухоляхъ открывались остатки печеночной паренхимы, расположенной то въ центральныхъ частяхъ опухолей (сл. IL, LXXIX и LXXXIII—см. *табл. VII, рис. 36*), то, чаще, въ периферическихъ ихъ отдѣлахъ (сл. LIV, LIX, LXIII, LXXIV, LXXVIII, LXXXII, LXXXIV). Наконецъ, въ цѣломъ рядѣ опухолей (сл. LXXV и др.) въ межуточной ткани былъ найденъ круглоклѣточный инфильтратъ, при чемъ въ двухъ случаяхъ (LVII, LXXIX) среди инфильтрата были обнаружены эпите-

лоидныя и гигантскія клѣтки. Въ послѣднемъ случаѣ (LXXIX) какъ въ самой гемангіомѣ, такъ и среди печеночной ткани имѣлись разсѣянные многочисленные туберкулезные бугорки.

Граница гемангіомъ съ печеночной тканью во всѣхъ случаяхъ уже макроскопически представлялась ясно замѣтной (см. стр. 844). При микроскопическомъ же изслѣдованіи были найдены различныя картины.

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ были найдены опухоли, окруженныя или частью, или же на значительномъ пространствѣ прослойками изъ плотной соединительной ткани, шириною отъ 90—500 μ. (сл. LI, LVII, LXIV, LXVII, LXXI, LXXII, LXXIII, LXXXVIII и др.). Въ составъ такой соединительнотканной капсулы входили также элементы, встрѣчавшіеся и въ интерлобулярной соединительной ткани, какъ-то кровеносные сосуды и маленькіе желчные протоки, при чемъ послѣдніе почти всегда представлялись сдавленными. На основаніи изслѣдованія своихъ случаевъ я считаю наиболѣе вѣроятнымъ предположеніе, что описанныя „капсулы" по окружности всей или части опухоли представляютъ собой участки интерлобулярной ткани.

Въ большинствѣ опухолей никакой капсулы не видно и стѣнки полостей непосредственно граничатъ съ печеночными клѣтками (сл. IL, LII, LIII, LV, LVIII, LXI, LXII, LXIII, LXVIII, LXIX, LXXIV, LXXV, LXXVIII, LXXIX, LXXXII, LXXXIII и др.). Почти во всѣхъ случаяхъ такая граница представляется на разрѣзѣ въ видѣ очень извилистой линіи, при чемъ получается впечатлѣніе, что полости кавернозной гемангіомы выбухаютъ въ ткань печени (см. *табл. VIII*, *рис. 33* и *табл. IX*, *рис. 37*).

Однако, несмотря на такое выбуханіе, во всѣхъ случаяхъ была ясна полная независимость между кровообращеніемъ въ капиллярахъ печени и въ полостяхъ гемангіомъ: непосредственнаго сообщенія между первыми и послѣдними обнаружить не удалось. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ (LXIII, LXXVIII, LXXXIII, LXXXIV) мѣстами удалось констатировать сообщеніе между капиллярами печени и полостями кавернозныхъ гемангіомъ. Послѣднія обычно сообщались непосредственно съ большими сосудами печени. Такъ,

мною была найдена связь съ вѣтвями воротной вены (сл. LV, LVIII, LXVIII, LXXVIII, LXXIX, LXXX, LXXXVII, LXXXVIII, и др.) и съ вѣтвями печеночной вены (сл. LX, LXXIX, LXXXI и др.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удалось констатировать, какъ большой сосудъ подходитъ къ кавернозной гемангіомѣ (см. *табл. VII*, *рис. 30*), затѣмъ, какъ большіе сосуды развѣтвляются въ межуточной ткани опухолей (сл. LV, LXI, LXXXI и др.). Далѣе, иногда гемангіомы какъ бы сидятъ на стѣнкахъ большихъ венъ (сл. LXXX, LXXXVII и др., см. *табл. IX*, *рис. 41*). Наконецъ, иногда удавалось замѣтить переходъ эластическихъ волоконъ изъ стѣнокъ большихъ сосудовъ въ межуточную ткань гемангіомъ.

Почти во всѣхъ изслѣдованныхъ мною гемангіомахъ печеночная ткань представляла значительныя измѣненія. Въ двухъ случаяхъ въ печени одновременно съ гемангіомами были найдены метастазы злокачественныхъ опухолей (рака, сл. LX и саркомы, сл. LXXXV). Въ одномъ случаѣ (LXIV) вблизи узла кавернозной гемангіомы оказался эхинококковый пузырь.

Наиболѣе часто (въ двадцати шести случаяхъ) отмѣченъ значительный застой крови въ печени, при чемъ во всѣхъ случаяхъ связи между нимъ и образованіемъ гемангіомы мнѣ обнаружить не удалось. Не менѣе часто были найдены воспалительныя измѣненія въ печени, выражавшіяся главнымъ образомъ въ наличности круглоклѣточнаго инфильтрата, а также въ разрастаніи соединительной ткани (сл. LXVIII, LXX, LXXI, LXXII, LXXIII, LXXVIII и др.) и желчныхъ протоковъ (сл. LXVIII, LXX, LXXXII и LXXXIII). Также часто была обнаружена атрофія печеночныхъ клѣтокъ и наличность въ нихъ бураго пигмента (сл. IL, L, LVI, LVII, LIX, LXI, LXIII, LXIV, LXXIII, LXXV, LXXVIII, LXXXIII, LXXXV, LXXXVII и др.). Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, открывались признаки частичной гиперплазіи печеночной ткани и появленіе гигантскихъ печеночныхъ клѣтокъ (сл. LII, LXI, LXII, LXVII, LXIX, LXXIV и др.). Въ большомъ числѣ случаевъ бросалась въ глаза жировая инфильтрація печени (сл. IL, L, LI, LXII, LXIV, LXVII, LXXII, LXXV, LXXIX, LXXXII и мн. др.). Рѣдко открывались среди печеночной ткани свѣжія кровоизліянія

(сл. LVII, LXXXIII), некротическіе участки печени (сл. IL, LXVI, LXXIX), застой желчи (сл. IL, LX, LXVI и др.). Наконецъ, въ единичныхъ случаяхъ встрѣтились эозинофилы (сл. L) и тѣльца Russel'я (сл. LXXIV).

Насколько я могъ убѣдиться на основаніи изученія изслѣдованныхъ мною случаевъ, всѣ только что перечисленные патологическіе процессы, найденные въ печеняхъ, не находились въ какой-либо связи съ найденными гемангіомами. Упомянутые процессы сопутствовали всевозможнымъ другимъ заболѣваніямъ организма, отмѣченнымъ при пат.-анат. вскрытіи: старческому маразму, слабой дѣятельности сердца, кахексіи, различнымъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ и т. д.

Утолщеніе капсулы печени отмѣчено въ случаяхъ L, LI, LIII и др.

При выясненіи генеза гемангіомъ печени очень важно установить, не зависитъ ли возникновеніе гемангіомъ печени отъ различныхъ внѣутробныхъ, пріобрѣтенныхъ измѣненій въ этомъ органѣ. Особенно важно было бы установить такой генезъ по отношенію къ застойнымъ явленіямъ въ печени, которыя, въ связи съ атрофіей паренхимы этого органа, по мнѣнію многихъ авторовъ (см. стр. 295), будто бы являются однимъ изъ этіологическихъ моментовъ для образованія кавернозныхъ гемангіомъ печени. Мнѣ ни разу не удалось въ сильно застойныхъ печеняхъ найти начальныя стадіи образованія сосудистыхъ опухолей, нигдѣ также не были отмѣчены переходныя формы между застойными и атрофичными дольками печени съ одной стороны и съ кавернозными гемангіомами съ другой; наконецъ, лишь въ видѣ исключеній удалось констатировать наличность непосредственной связи между капиллярами печени и полостями кавернозныхъ гемангіомъ. Кромѣ того, въ цѣломъ рядѣ случаевъ обнаружено существованіе кавернозныхъ гемангіомъ и въ не застойныхъ, и въ не атрофированныхъ печеняхъ. Поэтому, на основаніи своихъ изслѣдованій, я прихожу къ заключенію, что застой крови въ печени въ связи съ атрофіей печеночныхъ клѣтокъ хотя и часто встрѣчаются одновременно съ гемангіомами печени, особенно у пожилыхъ людей, но по моимъ изслѣдованіямъ,

не являются причинными моментами для образованія этихъ сосудистыхъ опухолей.

Что касается роста кавернозныхъ гемангіомъ печени, то отсутствіе такового констатировано мной въ цѣломъ рядѣ случаевъ (IL, LI, LVII, LXV, LXX, LXXI, LXXII, LXXXIV). Признаки роста найдены въ случаяхъ LII, LIV, LIX, LXI, LXII, LXVIII, LXXXII и др. и заключаются въ наличности въ гемангіомахъ богатой ядрами соединительной ткани, въ выбуханіи полостей въ окружающую опухоль печеночную ткань и въ наличности переходныхъ картинъ, начиная отъ полостей капиллярнаго характера и кончая широкими кавернозными полостями. Кромѣ того, въ пользу продолжающагося роста гемангіомъ въ перечисленныхъ случаяхъ говорятъ какъ отсутствіе капсулы по окружности опухоли, такъ и отсутствіе или же малое количество эластической ткани въ послѣднихъ. Приведенные признаки указываютъ лишь на наличность роста опухолей, не предрѣшая вопроса о его характерѣ, т. е. о томъ, является ли ростъ кавернозныхъ гемангіомъ печени активнымъ или пассивнымъ процессомъ. Къ сожалѣнію, мнѣ, на основаніи своихъ собственныхъ изслѣдованій, не удалось рѣшить вопросъ о характерѣ роста гемангіомъ печени, такъ какъ случаевъ съ очень быстрымъ активнымъ ростомъ (см. стр. 287, 289 и др.) среди изслѣдованныхъ мною опухолей не встрѣтилось.

Въ большинствѣ случаевъ мною были найдены картины обратнаго развитія гемангіомъ. Иногда въ одной и той же опухоли въ однихъ мѣстахъ попадались картины, указывавшія на ростъ гемангіомы, а въ другихъ—картины обратнаго ея развитія. Послѣднее заключалось въ большинствѣ случаевъ какъ въ организаціи тромбовъ (см. стр. 846), такъ и въ разрастаніи межуточной соединительной ткани гемангіомъ (см. стр. 846). Обратное развитіе гемангіомъ отмѣчено въ рядѣ случаевъ (LXIV, LXVI, LXX, LXXVI, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII и др.). Особенно сильно оно было выражено въ случаѣ LXX, гдѣ при вскрытіи былъ найденъ плотный узелъ, оказавшійся при микроскопическомъ изслѣдованіи совершенно запустѣвшей кавернозной гемангіомой.

Переходя теперь къ вопросу о сущности кавернозныхъ гемангіомъ печени, я долженъ еще указать, что многіе изъ

тканевыхъ элементовъ, входящихъ въ составъ изслѣдованныхъ мною опухолей, представляются не постоянными составными частями послѣднихъ.

Во многихъ опухоляхъ, какъ мною было уже указано, открывались только полости, наполненныя кровью и выстланныя эндотеліемъ, и межуточная волокнистая соединительная ткань. Нѣкоторые авторы и предполагали, что межуточная ткань представляетъ собой стѣнки полостей. На основаніи собственныхъ изслѣдованій я пришелъ къ заключенію, что это не такъ: собственно стѣнкой для полостей является только эндотеліальный слой, волокнистая же соединительная ткань является, повидимому, самостоятельной составной частью кавернозныхъ гемангіомъ печени. Особенно хорошо можно въ этомъ убѣдиться, изучая нѣкоторыя опухоли, преимущественно тѣ ихъ участки, которые расположены на периферіи (см. *табл. IX*, *рис. 37* и *41*). Если соединительнотканные участки гемангіомъ были бы всегда вторичнаго происхожденія (организація тромбовъ, вторичное разрастаніе межуточной ткани), то они и открывались бы чаще не въ периферическихъ отдѣлахъ опухоли, а въ центральныхъ. Съ другой стороны мною всегда отмѣчалось, что болѣе мелкія полости заложены среди значительно бóльшаго количества соединительной ткани, чѣмъ это наблюдается при существованіи болѣе крупныхъ полостей. Изъ этого наблюденія можно сдѣлать выводъ, что при превращеніи мелкихъ полостей въ большія количество межуточной соединительной ткани не только не увеличивается, но убываетъ. Благодаря этому, „перегородки" между большими полостями въ большинствѣ случаевъ значительно болѣе тонки, чѣмъ между маленькими, при чемъ онѣ постепенно подвергаются атрофіи и въ концѣ концовъ разрываются. Наконецъ, соединительная ткань между мелкими полостями должна считаться болѣе молодою, чѣмъ соединительная ткань между большими полостями еще и потому, что первая значительно болѣе богата клѣтками, чѣмъ вторая.

Что касается нахожденія другихъ тканевыхъ элементовъ, встрѣчаемыхъ не постоянно въ кавернозныхъ гемангіомахъ печени, то относительно ихъ происхожденія имѣется нѣсколько объясненій.

Нѣкоторые авторы, которые предполагали, что кавернозныя гемангіомы печени происходятъ, благодаря постепенному расширенію предсуществовавшихъ капилляровъ печени и атрофіи печеночныхъ клѣтокъ, высказались въ такомъ смыслѣ, что печеночныя клѣтки, желчные и кровеносные сосуды могутъ мѣстами сохраниться въ видѣ участковъ, заложенныхъ среди кавернозныхъ полостей. Однако, какъ мною уже указано выше, приведенный генезъ кавернозныхъ гемангіомъ печени, по моимъ изслѣдованіямъ, не наблюдается. Мною въ цѣломъ рядѣ случаевъ было найдено одновременное существованіе какъ одиночныхъ, такъ и множественныхъ гемангіомъ печени при рѣзко выраженныхъ атрофіи и застоѣ печени. Между тѣмъ мнѣ ни разу, какъ уже сказано, не удалось констатировать связи между образованіемъ гемангіомъ и этими процессами. Лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ удалось кое-гдѣ отмѣтить существованіе сообщеній между расширенными печеночными капиллярами и полостями гемангіомъ (см. стр. 228 и др.). Такія сообщенія ни разу не были множественными и, повидимому, являются исключительными. Напомню, что *Ribbert*, первоначально совершенно не допускавшій возможности существованія такихъ непосредственныхъ сообщеній между полостями опухоли и капиллярами печени, впослѣдствіи самъ находилъ такія сообщенія, но въ видѣ рѣдкихъ исключеній (см. стр. 278 и 279). Кровообращеніе въ кавернозныхъ полостяхъ, повидимому, независимо отъ кровообращенія въ корешкахъ печеночныхъ венъ.

Другіе авторы, относившіе гемангіомы печени къ новообразованіямъ sensu stricto, которыя иногда обнаруживаютъ значительный активный ростъ, высказали предположеніе, что разрастающіяся опухоли обрастаютъ близлежащія части печеночной ткани, нѣкоторые элементы которой не подвергаются полной атрофіи и сохраняются среди полостей опухоли. Такое объясненіе очень правдоподобно, особенно для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ печеночныя клѣтки открываются преимущественно въ периферическихъ отдѣлахъ гемангіомъ.

Но противъ приведеннаго объясненія говоритъ тотъ фактъ, что во многихъ гемангіомахъ, во-первыхъ, совершенно отсутствуютъ печеночные элементы и, во-вторыхъ, не обнаруживаются признаки роста.

Наконецъ, въ послѣднее время многіе авторы высказываютъ предположеніе, что подавляющее большинство образованій, причисляемыхъ къ гемангіомамъ, и въ ихъ числѣ и кавернозныя гемангіомы печени, происходятъ вслѣдствіе различныхъ неправильностей во время внутриутробнаго развитія организма (см. стр. 302). Другими словами, кавернозныя гемангіомы печени, по мысли цитируемыхъ авторовъ, являются уродствами этого органа. Несомнѣнно, что, основываясь на послѣдней теоріи, удается наиболѣе удовлетворительно разрѣшить цѣлый рядъ спорныхъ вопросовъ относительно патогенеза кавернозныхъ гемангіомъ вообще и гемангіомъ печени въ частности. Благодаря этой теоріи становится понятнымъ нахожденіе въ кавернозныхъ гемангіомахъ печени участковъ эмбріональной печени (*Pilliet* и др., см. стр. 301 и 304). Далѣе, легко представить себѣ, что неправильность развитія могла въ однихъ случаяхъ коснуться только сосудистаго аппарата печени, а въ другихъ случаяхъ — и железистаго. Въ случаѣ совершеннаго неразвитія послѣдняго и исключительнаго развитія перваго, въ печени развиваются участки, состоящіе только изъ сосудовъ и притомъ изъ сильно расширенныхъ сосудовъ капиллярнаго типа, но, быть можетъ, необычнаго вида. Такіе участки ничѣмъ не будутъ отличаться отъ громаднаго большинства кавернозныхъ гемангіомъ печени. При неправильномъ развитіи всѣхъ тканевыхъ элементовъ опредѣленнаго участка печени, очевидно, получаются опухоли, въ которыхъ обнаруживаются различные элементы печеночной ткани (печеночныя клѣтки, кровеносные и желчные сосуды), а также, иногда, не только капиллярнаго вида полости, но также полости, окруженныя кромѣ эндотеліальнаго слоя еще отдѣльными, прерывающимися кольцевидными слоями гладкихъ мышечныхъ клѣтокъ (зачатки болѣе крупныхъ сосудовъ?). Отождествляя гемангіомы съ уродствами, легко объяснить, почему гемангіомы, представляя собой неправильно заложенные или неправильно развившіеся участки сосудистой системы печени, не находятся въ связи съ капиллярной системой печеночныхъ венъ. Для этого достаточно допустить, что гемангіомы печени соотвѣтствуютъ одной или нѣсколькимъ ненормально развившимся долькамъ печени. Капилляры же со-

сѣднихъ долекъ печени обычно другъ съ другомъ не анастомозируютъ. При отождествленіи гемангіомъ печени съ уродствами развитія долекъ печени становится легко объяснимымъ, во-первыхъ, обособленность кровообращенія въ кавернозныхъ полостяхъ отъ кровообращенія въ сосѣднихъ системахъ капиллярныхъ корешковъ печеночныхъ венъ, во-вторыхъ, дольчатость нѣкоторыхъ гемангіомъ печени, въ третьихъ, присутствіе на периферіи многихъ кавернозныхъ гемангіомъ интерлобулярной ткани и, въ четвертыхъ, постоянная связь этихъ образованій печени только съ большими вѣтвями воротной и печеночной венъ.

Резюмирую все вышеизложенное:

1) Застой крови въ печени и атрофія печеночной ткани не играютъ роли въ образованіи гемангіомъ печени.

2) Наличность эластической ткани не является ни постояннымъ, ни отличительнымъ признакомъ этихъ опухолей.

3) Кавернозныя гемангіомы печени, повидимому, образуются, вслѣдствіе неправильнаго внутриутробнаго развитія одной или нѣсколькихъ долекъ печени.

Кромѣ вышеприведенныхъ (см. стр. 766 по 839) 40 случаевъ гемангіомъ печени, мною былъ подвергнутъ изслѣдованію цѣлый рядъ различныхъ патологическихъ измѣненій въ этомъ органѣ для выясненія вопроса о происхождніи какъ самихъ гемангіомъ, такъ и симулирующихъ ихъ образованій.

Въ 20 случаяхъ мною была изслѣдована печень, въ которой имѣлись атрофическія и застойныя явленія, при чемъ ни разу не удалось обнаружить развитіе кавернозной гемангіомы.

Въ 39 случаяхъ изслѣдованію подверглись случаи цирроза печени (какъ атрофическаго, такъ и гипертрофическаго), при чемъ увеличенное новообразованіе капиллярнаго типа сосудовъ, представлявшихся иногда расширенными, было найдено только въ шести случаяхъ. Однако всегда удавалось отмѣтить, что обиліе сосудовъ носило диффузный характеръ и не носило характера сосудистой опухоли.

Рѣзко выраженное новообразованіе сосудовъ было обнаружено въ новообразованной соединительной ткани при

сифилисѣ (гуммозномъ) печени. Участокъ такой печени изображенъ на рисункѣ (см. *табл. X, рис. 47*).

Но и въ данномъ случаѣ какъ локализація новообразованныхъ сосудовъ въ рубцовой ткани, такъ и капиллярный ихъ характеръ говорятъ противъ развитія гемангіомъ въ такихъ печеняхъ.

Наконецъ, былъ просмотрѣнъ цѣлый рядъ препаратовъ различныхъ опухолей печени, въ которыхъ иногда констатировалось огромное количество сосудовъ.

Въ заключеніе отмѣчу, что несмотря на нахожденіе большого количества новообразованныхъ сосудовъ при различныхъ патологическихъ измѣненіяхъ въ печени, ни разу не были найдены такія измѣненія, которыя являлись бы характерными для кавернозныхъ гемангіомъ печени. На основаніи указанныхъ наблюденій позволительно сдѣлать выводъ, что образованіе гемангіомъ печени и во внутриутробной жизни происходитъ во всякомъ случаѣ не изъ грануляціонной ткани и не является такимъ образомъ послѣдствіемъ воспалительныхъ процессовъ.

Итакъ, по моимъ изслѣдованіямъ, во внѣутробной жизни атрофіи, циррозы и различныя опухоли печени не вызываютъ развитія образованій, похожихъ на гемангіомы этого органа. Эти наблюденія, по моему мнѣнію, говорятъ также противъ развитія гемангіомъ на почвѣ застоевъ или воспаленій и во внутриутробной жизни. Какъ уже сказано ранѣе, нѣкоторыя данныя патолого-анатомическихъ изслѣдованій кавернозныхъ гемангіомъ печени говорятъ въ пользу мнѣнія многихъ авторовъ, что развитіе гемангіомъ связано съ пороками развитія печеночной ткани.

ГЛАВА XXVII.

Селезенка.

СЛУЧАЙ LXXXIX.

Для изслѣдованія мнѣ былъ предоставленъ проф. *М. Н. Никифоровымъ* небольшой овальной формы кусочекъ селезенки, хранившійся въ коллекціи П.А.П.М.У. съ діагнозомъ angioma lienis подъ № IV. 87. Препаратъ былъ доставленъ въ П.А.П.М.У. прив.-доц. *Мамуровскимъ* 2. III. 1910 г.

Подъ капсулой селезенки виденъ небольшой узелъ, состоящій изъ полостей самой разнообразной и неправильной формы, наполненныхъ гомогенной массой.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи видны большія полости, большею частью наполненныя гомогенной массой. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ имѣется незначительная примѣсь красныхъ кровяныхъ шариковъ, въ немногихъ просвѣтъ полостей весь наполненъ ими. Стѣнки полостей состоятъ изъ плотной соединительной ткани, выстланной однорядным эндотеліемъ. Полости различной величины, форма ихъ неправильная съ бухтообразными вдавленіями. Въ между-полостныхъ перегородкахъ попадаются элементы селезеночной пульпы и фолликулы. Между полостями находятся довольно крупные сосуды артеріальнаго типа. Капсулы по окружности узла не видно, хотя микроскопически онъ и казался рѣзко обособленнымъ.

Въ селезенкѣ имѣется развитіе соединительной ткани, особенно рѣзко выраженное около узла. Видны кавернозныя вены, а также артеріальные сосуды. Послѣдніе представляютъ картину рѣзкаго эндартеріита; въ нѣкоторыхъ ихъ стѣнки имѣютъ совершенно гомогенный видъ.

Упругая ткань, при окраскѣ по Weigert'у, открывается въ стѣнкахъ полостей въ значительномъ количествѣ въ видѣ тоненькихъ отдѣльныхъ волоконъ, равномѣрно распредѣленныхъ по всей стѣнкѣ. Въ трабекулахъ, подходящихъ близко къ полостямъ и входящихъ въ составъ ихъ стѣнокъ, эластическихъ волоконъ чрезвычайно много.

На основаніи данныхъ изслѣдованія нужно придти къ заключенію, что здѣсь имѣется сосудистая опухоль селезенки.

По внѣшнему виду, формѣ полостей и содержанію въ нихъ гомогенныхъ массъ, ее на первый взглядъ можно было бы причислить къ лимфангіомамъ. Однако противъ подобнаго діагноза говоритъ наличность ряда полостей, въ которыхъ наряду съ гомогенной массой видны красные кровяные шарики, а также полостей, сплошь заполненныхъ только кровью. Гомогенную же массу можно считать за отстоявшуюся плазму: подобныя картины наблюдаются въ полостяхъ несомнѣнныхъ кавернозныхъ гемангіомъ въ другихъ органахъ. Но и наличность крови въ полостяхъ лимфангіомъ описывается многими авторами и приводится въ связь съ кровоизліяніями отъ разрывовъ мелкихъ тонкостѣнныхъ сосудовъ, проходящихъ между полостями опухоли. Такимъ образомъ, этотъ признакъ отличія обѣихъ формъ сосудистыхъ опухолей является также спорнымъ.

Большое значеніе имѣетъ, по моему мнѣнію, отсутствіе скопленія лимфоидныхъ клѣтокъ, являющагося важнымъ признакомъ для лимфангіомъ. Впрочемъ, по *Покровскому*[1]), эти скопленія мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ нѣжной сѣтчатой ткани, являются не постоянной составной частью лимфангіомъ, а лишь встрѣчаются въ нихъ „нерѣдко“.

Присутствіе упругой ткани въ обоихъ видахъ ангіомъ также представляется одинаковымъ и потому не можетъ быть привлечено для дифференціальнаго діагноза между ними. Нѣкоторое значеніе можетъ имѣть несомнѣнное сходство стѣнокъ полостей со стѣнками траберкулярныхъ венъ и наличность цѣлаго ряда переходовъ между этими образованіями, такъ какъ въ лимфангіомахъ полости обычно кромѣ эндотеліальной выстилки собственной стѣнки не имѣютъ.

На чрезвычайную затруднительность въ нѣкоторыхъ случаяхъ провести границу между лимфангіомами и гемангіомами на основаніи патолого-анатомическаго изслѣдованія указываютъ всѣ авторы, занимавшіеся этимъ вопросомъ, къ тому же несомнѣнно встрѣчались случаи, гдѣ имѣлось сочетаніе гемангіомы съ лимфангіомой. Въ данномъ

---

[1]) *Покровскій.* О лимфангіомахъ. X. 1898. IV. p. 409—481.

случаѣ на основаніи вышеприведенныхъ соображеній, можно скорѣе предположить, что у насъ имѣлась кавернозная гемангіома селезенки, хотя, повторяю, несомнѣнныхъ прямыхъ доказательствъ въ пользу этого мнѣнія не имѣется.

Величина полостей, строеніе ихъ стѣнокъ и отсутствіе переходныхъ формъ дѣлаютъ мало вѣроятнымъ участіе кавернозныхъ венъ въ образованіи этихъ полостей. Также нѣтъ никакихъ данныхъ связать образованіе полостей съ артеріальной системой селезенки. Въ противоположность этому участіе трабекулярныхъ венъ является, по моему мнѣнію, несомнѣннымъ. Трабекулы въ области опухоли встрѣчаются въ необычно большомъ количествѣ; между трабекулярными венами и кавернозными полостями видны всевозможные переходы; наконецъ, стѣнки полостей чрезвычайно похожи на стѣнки трабекулярныхъ венъ. Поэтому я прихожу къ заключенію, что кавернозныя полости селезенки являются ничѣмъ инымъ, какъ расширенными, измѣненными трабекулярными венами, расположенными въ необычно большомъ количествѣ въ предѣлахъ ограниченнаго участка селезенки.

Что касается происхожденія этого образованія, то не имѣется никакихъ данныхъ, указывающихъ на пріобрѣтенность его. Скорѣе всего слѣдуетъ предположить врожденную, избыточную закладку чрезмѣрно широкихъ трабекулярныхъ венъ, повлекшую за собою преобладающее и неправильное разрастаніе сосудовъ наряду съ ничтожнымъ развитіемъ пульпы. Отсутствіе капсулы, наличность остатковъ пульпы и обиліе упругой ткани, несомнѣнно, подтверждаютъ такое предположеніе. На основаніи сказаннаго слѣдуетъ изслѣдованную опухоль причислить къ новообразованіямъ въ широкомъ смыслѣ этого слова, въ частности къ гамартомамъ въ смыслѣ *Albrecht*'а.

СЛУЧАЙ XC.

Ж. 60 л. Вскр. (П.А.К.О.С.Г.Б.) 12. VII. 1908 г. Пр. вскр. № 187 (д-ръ мед. *І. Ф. Пожарискій*).

Пат.-анат. діагн.: Status post operationem (laparotomia, volvulus S-Romani). Dilatatio colonis universalis. Haemangioma cavernosum lienis.

Селезенка плотна, ціанотична. На ея передней поверхности въ толщѣ ткани расположенъ одиночный, болѣе плотный, выстоящій на

поверхности, узелъ, величиною съ горошину. Надъ лѣвой почкой расположена маленькая добавочная селезенка. Лѣвая доля печени атрофирована.

Для изслѣдованія прив.-доц. *І. Ф. Пожарискимъ* былъ мнѣ предоставленъ[1]) залитый въ целлоидинъ полукруглой формы кусочекъ селезенки съ найденнымъ узломъ.

При разсматриваніи простымъ глазомъ и съ *малымъ увеличеніемъ* (см. *табл. X, рис. 43*) подъ капсулой селезенки виденъ узелокъ неправильной округлой формы, діаметромъ около 4 mm., своей окраской довольно рѣзко выдѣляющійся среди ткани селезенки. Узелокъ окруженъ полосой, повидимому, нормальной селезеночной ткани. Нѣсколько сбоку отъ этого узла виденъ клиновидный участокъ, также расположенный подъ капсулой, нѣсколько бо́льшаго, чѣмъ описанный узелокъ, размѣра, вершиной обращенный въ глубину селезенки и тоже болѣе интенсивно окрашенный.

При изслѣдованіи съ *большимъ увеличеніемъ* (см. *табл. X, рис. 44*) оказывается, что первый узелъ почти сплошь состоитъ изъ многочисленныхъ полостей различнаго калибра, отъ самыхъ маленькихъ до большихъ, достигающихъ въ діаметрѣ до 175—215 μ. Форма полостей круглая или неправильная. Раздѣлены онѣ другъ отъ друга перегородками. Наиболѣе тонкія перегородки состоятъ изъ еле замѣтной полосы соединительной ткани, выстланной со стороны полостей однорядными, хорошо замѣтнымъ эндотеліемъ. Болѣе многочисленныя толстыя перегородки состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, болѣе или менѣе богатой ядрами и изъ остатковъ элементовъ селезеночной ткани, ретикулярной ткани (лимфоцитовъ) и крови. По периферіи опухоли количество селезеночной ткани въ перегородкахъ больше, чѣмъ въ ея центральныхъ частяхъ. При изученіи сдѣланной мной серіи срѣзовъ оказывается, что въ первыхъ изъ нихъ узелъ состоитъ изъ одной группы сосудистыхъ полостей, въ дальнѣйшихъ же срѣзахъ видно, какъ полости располагаются въ видѣ нѣсколькихъ группъ, отдѣленныхъ одна отъ другой селезеночною тканью. Ближе къ капсулѣ селезенки расположены большія полости, при чемъ видно, какъ онѣ происходятъ изъ сліянія мелкихъ; по близости къ ткани селезенки встрѣчаются самыя маленькія полости, по строенію стѣнокъ ничѣмъ не отличимыя отъ кавернозныхъ венъ, а также всевозможныя переходныя формы отъ маленькихъ до большихъ полостей. Всѣ онѣ наполнены красными кровяными шариками съ незначительною примѣсью бѣлыхъ; въ нѣкоторыхъ полостяхъ видна отстоявшаяся плазма крови и нити фибрина. Встрѣчаются полости, которыя близко соприкасаются между собою, образуя иногда фигуру розетки. Между полостями видны мелкіе сосуды артеріальнаго типа, перерѣзанные въ различныхъ направленіяхъ. Капсулы у опухоли не видно.

---

[1]) За предоставленіе этого препарата приношу глубокоуважаемому *І. Ф. Пожарискому*, нынѣ проф. Варшавскаго Университета, свою благодарность.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'y, опухоль обрисовывается значительно рѣзче; она содержитъ много упругой ткани въ видѣ тонкихъ волоконъ, окружающихъ отдѣльныя полости. Вообще вся селезенка богата эластической тканью.

Въ селезеночной ткани, окружающей описанный узелъ, видны гомогенныя, немного утолщенныя трабекулы съ расширенными сосудами, діаметромъ до 0,5 mm., и лишь изрѣдка фолликулы. Окружающая опухоль селезеночная ткань очень богата кровью, какъ бы нафарширована ею; нѣкоторые участки имѣютъ видъ кровоизліяній. Фолликулы селезенки рѣзко измѣнены, по периферіи ихъ видно разрастаніе соединительной ткани (цирроз'ъ): adventitia артерій рѣзко утолщена и гомогенна, media и intima представляются набухшими и некротизованными. Такія же измѣненія видны и въ нѣкоторыхъ венозныхъ сосудахъ. Опредѣленной границы между селезеночною тканью и узломъ нѣтъ, такъ какъ полости по периферіи опухоли выступаютъ въ селезеночную ткань или по одиночкѣ или группами и кромѣ нихъ здѣсь же видны многочисленныя мелкія полости, похожія на кавернозныя вены. Нѣкоторыя трабекулы селезенки располагаются по краю узла и непосредственно граничатъ съ полостями опухоли, при чемъ получается впечатлѣніе, что трабекулы какъ бы отдавливаются послѣдними. Капсула селезенки неравномѣрно утолщена и изъ нея по направленію къ опухоли наблюдается разрастаніе соединительной ткани съ новообразованными сосудами капиллярнаго и артеріальнаго типа. Между капсулой и узломъ имѣются остатки селезеночной ткани.

Отмѣченный макроскопически клиновидный участокъ, при внимательномъ изслѣдованіи, оказался состоящимъ изъ цирротической селезеночной ткани. Въ центрѣ его видны многочисленныя кавернозныя вены, по периферіи же онѣ расположены рѣдко. Ближе къ капсулѣ открывается громадное количество красныхъ кровяныхъ шариковъ, расположенныхъ свободно между остатками лимфоидныхъ элементовъ селезенки въ видѣ полосы свѣжаго кровоизліянія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны довольно широкія полости, похожія на полости перваго узла. Описанныя измѣненія однако не составляютъ отдѣльной опухоли, а лишь рядъ гнѣздныхъ пораженій селезеночной ткани, рядъ мелкихъ узловъ. Такого же характера измѣненія видны и въ другихъ, макроскопически не замѣтныхъ, участкахъ селезенки.

Такимъ образомъ, въ цирротической селезенкѣ съ сильнѣйшимъ гнѣзднымъ застоемъ былъ найденъ замѣтный уже простымъ глазомъ большой узелъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи представлявшій строеніе кавернозной гемангіомы. Кромѣ того найденъ рядъ меньшихъ узловъ, построенныхъ по тому же типу, какъ и большой узелъ. Полости, являющіяся главной составной частью описанныхъ образованій, оказываются по строенію похожими на кавернозныя вены. Между послѣдними и широкими полостями,

наполненными кровью, удается найти несомнѣнныя переходныя формы. Развитіе соединительной ткани въ селезенкѣ очень значительно и выражено особенно сильно въ капсулѣ, отъ которой идутъ отпрыски соединительной ткани съ новообразованными сосудами въ ткань селезенки по направленію къ опухолевиднымъ узламъ.

На основаніи микроскопической картины опухоль можно назвать: haemangioma cavernosum lienis.

Величина полостей, строеніе ихъ стѣнокъ и наличность переходныхъ формъ указываютъ на несомнѣнную связь между описанными сосудистыми образованіями и кавернозными венами селезенки.

Что касается вопроса о происхожденіи этихъ образованій, то здѣсь нѣтъ возможности придти къ окончательному рѣшенію этого вопроса. Множественность ангіоматозныхъ участковъ и наличность рѣзкихъ измѣненій въ самой селезенкѣ (застой, циррозъ) говорятъ въ пользу пріобрѣтенности пораженія, которое можно причислить къ гнѣзднымъ расширеніямъ кавернозныхъ венъ селезенки. Съ другой стороны, рѣзкая обособленность большого узла и частичное пораженіе селезенки говорятъ противъ чисто механической причины образованія этихъ „гемангіомъ". Скорѣе всего нужно предположить какое то особенное, вѣроятно врожденное, предрасположеніе опредѣленныхъ участковъ кавернозныхъ венъ къ превращенію въ сосудистыя опухоли. Такое предрасположеніе можетъ заключаться въ избыточной закладкѣ кавернозныхъ венъ, во врожденной слабости ихъ стѣнокъ и т. д. При наличности благопріятныхъ условій, несомнѣнно, имѣвшихся въ описанномъ выше случаѣ (циррозъ селезенки, застой), такіе предрасположенные участки легко превращаются въ типичныя сосудистыя опухоли.

На основаніи сказаннаго можно придти къ выводу, что изслѣдованныя измѣненія въ селезенкѣ произошли на почвѣ неправильностей при внутриутробномъ развитіи этого органа и являются поэтому гамартомами.

Всего мною изслѣдовано два случая гемангіомъ селезенки, значительно отличавшихся другъ отъ друга по своему микроскопическому строенію. Въ первомъ случаѣ была

найдена одиночная опухоль, состоявшая изъ большихъ полостей, похожихъ по строенію своихъ стѣнокъ на трабекулярныя вены; во второмъ были найдены множественные узлы, состоявшіе изъ маленькихъ полостей, похожихъ на кавернозныя вены. Въ первомъ случаѣ было возможно смѣшеніе съ лимфангіомой селезенки; во второмъ измѣненія въ селезенкѣ мѣстами носили характеръ вторичныхъ, пріобрѣтенныхъ. Однако, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ были найдены отдѣльные, уже макроскопически хорошо замѣтные, опухолевидные узлы. Возникновеніе такихъ опухолевидныхъ сосудистыхъ узловъ, по моему мнѣнію, можетъ быть объяснено только при условіи допущенія наличности неправильностей во время внутриутробнаго развитія сосудистой системы. Поэтому я и отнесъ оба описанные мною случая сосудистыхъ образованій селезенки къ группѣ неправильностей развитія организма, выдѣленной *Albrecht*'омъ подъ названіемъ „гамартомъ“. Въ первомъ случаѣ неправильность развитія коснулась, повидимому, трабекулярныхъ венъ, а во второмъ—кавернозныхъ.

Кромѣ того для выясненія вопроса о томъ, не вызываетъ ли застой крови въ селезенкѣ самостоятельно картины, напоминающія кавернозныя гемангіомы, мною было подвергнуто микроскопическому изслѣдованію нѣсколько случаевъ съ явленіями застоя—всего десять. Въ восьми случаяхъ я имѣлъ дѣло съ селезенками послѣ, несомнѣнно, долго продолжавшагося застоя крови (induratio cyanotica lienis), въ девятомъ—съ венозной гиперемiей и некрозами селезенки при фосфорномъ отравленіи и, наконецъ, въ послѣднемъ случаѣ—съ застойными участками селезенки при ея циррозѣ.

Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ дѣйствительно открывались участки, состоявшіе изъ растянутыхъ тонкостѣнныхъ сосудовъ, иногда принимавшихъ видъ довольно широкихъ, наполненныхъ кровью, полостей, но ни разу не была найдена картина, которая симулировала бы гемангіому.

На основаніи сказаннаго я прихожу къ выводу, что застой крови самъ по себѣ не въ состояніи вызвать въ селезенкѣ образованіе гемангіомы.

ГЛАВА XXVIII.

Послѣдъ.

СЛУЧАЙ XCI.

Профессоромъ *М. Н. Никифоровымъ* изъ П.А.И.М.У. мнѣ былъ предоставленъ для описанія послѣдъ съ пуповиной, перевязанной на разстояніи 22 cm. отъ мѣста прикрѣпленія ея къ послѣду. Этотъ органъ въ ноябрѣ 1906 г. былъ доставленъ д-ромъ *Якубомъ* въ П.А.И.М.У., гдѣ онъ хранился въ III жидкости Мельникова-Разведенкова подъ № XIII/237. Діагнозъ: aneurysma placentae racemosum.

Изъ лѣчебницы д-ра *Якуба* не удалось получить какихъ-либо дополнительныхъ свѣдѣній.

Діаметръ послѣда—около 18 cm—представляется нормальнымъ. Толщина послѣда около 7 cm.—значительно превышаетъ обычные его размѣры (ок. 3 cm.)[1][2].

---

[1]) Для сравненія мною изслѣдовано какъ макроскопически, такъ и микроскопически нѣсколько нормальныхъ послѣдовъ, любезно мнѣ предоставленныхъ изъ А.Г.К.Н.У.

[2]) Въ учебникѣ *Orth*'а (Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1893. Bd. II. 1. Abt. p. 599) сказано, что толщина нормальнаго послѣда—3 cm., а діаметръ—15—16 cm. Въ руководствѣ *Зернова* (Руководство описательной анатоміи человѣка. 1899. Часть II. Выпускъ второй. p. 752) указано, что поперечникъ нормальнаго послѣда равняется 15—20 cm., а толщина въ самомъ толстомъ мѣстѣ—отъ 3 до 4 cm. Въ учебникѣ *Ziegler*'а (Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1902. II. p. 942) говорится, что поперечникъ нормальнаго послѣда равняется 14—16 cm., а толщина его—около 3 cm. Наконецъ, по *Grosser*'у (Vergleichende Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Eihäute und der Placenta mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. 1909. p. 260 и 271), поперечникъ нормальной плаценты обычно равенъ 16—20 cm., хотя размѣры 15 cm. или 25 cm. также еще должны быть отнесены къ нормальнымъ. Толщина послѣда, по тому же автору, въ нормѣ равна 2,5—3 cm.

Пуповина при наружномъ осмотрѣ представляется нормальной: наибольшій діаметръ ея—15 mm., наименьшій, въ области ея периферическаго конца—9 mm.[1]). Прикрѣпленіе пуповины краевое. Распредѣленіе ея сосудовъ и ихъ количество представляются нормальными: въ периферическихъ отдѣлахъ пуповины видны обычной величины двѣ артеріи, а въ центрѣ пуповины одна вена. Послѣдняя на разстояніи 22, 19, 15 и 11 cm. отъ мѣста прикрѣпленія пуповины къ послѣду представляется нормальной ширины. Размѣръ площади ея просвѣта равняется приблизительно 0,76 □ mm. На протяженіи периферическихъ 10 cm. пуповины пупочная вена представляется рѣзко расширенной: ширина просвѣта ея достигаетъ 0,3 cm. и даже 0,4 cm. По мѣрѣ удаленія отъ послѣда просвѣтъ пупочной вены постепенно суживается. Обѣ артеріи пуповины не представляютъ видимыхъ измѣненій. На мѣстѣ ихъ перехода на поверхность послѣда онѣ оказываются шириною около 2 mm. и распадаются на вѣтви. Одна изъ этихъ вѣтвей аневризматически расширяется, достигая величины горошины. Другихъ какихъ-либо измѣненій въ развѣтвленіяхъ артеріи не замѣчается.

Вены послѣда (см. *табл. III, рис. 6*) представляютъ цѣлый рядъ существенныхъ отклоненій отъ нормы: въ пупочную вену впадаютъ двѣ плацентарныя вены громадной величины. Одна (*I*)—достигаетъ въ діаметрѣ около 0,7 cm., а другая (*II*) около 1 cm.

Въ первую (*I*), на разстояніи 1,5 cm. отъ мѣста начала пупочной вены, впадаютъ двѣ вены (*I a* и *I b*), во вторую (*II*), на разстояніи около 1 cm. отъ начала пупочной вены, впадаютъ три вены (*II a*, *II b* и *II c*).

Въ вену *I a*[2]) впадаютъ нѣсколько венъ, идущихъ изъ тѣхъ частей послѣда, которыя находятся вблизи мѣста прикрѣпленія пуповины. Вена *I a* представляется въ видѣ извитого широкаго и вмѣстѣ съ тѣмъ короткаго сосуда, заложеннаго почти на всемъ своемъ протяженіи въ membrana chorii послѣда.

Въ вену *I b*, на разстояніи 6,5 cm. отъ начала вены *I*, впадаютъ три вены, изъ которыхъ каждая слагается изъ нѣсколькихъ корешковъ. Одна изъ трехъ венъ слагается изъ четырехъ корешковъ, которые идутъ изъ близлежащихъ отдѣловъ послѣда и нѣкоторое время проходятъ по наружной поверхности послѣда. Другая, передъ впаденіемъ въ вену *I b*, на поверхности послѣда аневризматически расширяется, достигая въ области наибольшаго расширенія до 1 cm. въ діаметрѣ. Наконецъ, третья вена идетъ изъ глубины послѣда.

Сама вена *I b* представляется въ видѣ широкаго сосуда, направляющагося по наружной поверхности послѣда ближе къ его краю. На разстояніи 1 cm. отъ ея впаденія въ вену *I* имѣется аневризматическое ея расширеніе, величиной съ грецкій орѣхъ, съ наибольшимъ діа-

---

[1]) Толщина пуповины, по *Orth*'у и *Зернову*, приблизительно въ мизинецъ (1—1,3 cm.), по *Grosser*'у—1,5 cm.

[2]) Эта вѣтвь на рисункѣ не изображена.

метромъ въ 2,5 cm. Просвѣтъ сосуда *I b* на разрѣзѣ оказывается наполненнымъ частью тромбами, частью кровяными сгустками.

Вены, впадающія въ вену *II*, собираютъ кровь изъ всей остальной, значительно большей по объему, части послѣда.

Вена *II a* лежитъ на наружной поверхности послѣда и впадаетъ въ вену *II* на разстояніи около 12 cm. отъ впаденія послѣдней въ пупочную вену. Въ вену *II a* впадаютъ сначала вѣточки *a 1* и *a 2*, въ свою очередь образующіяся изъ корешковъ, расположенныхъ въ толщѣ послѣда. Въ области впаденія въ вену *II a* вѣточекъ *a 1* и *a 2*, вена *II a* въ поперечникѣ достигаетъ величины 1 cm. На разстояніи 7 cm. отъ мѣста впаденія вены *II a* въ вену *II*, въ первую впадаетъ вена, образованная изъ двухъ корней, изъ которыхъ одинъ, *a 3*, идетъ параллельно венѣ *II a* и слагается изъ корешковъ, расположенныхъ въ центральныхъ частяхъ послѣда, а другой, *a 4*, длиною въ 4 cm., слагается изъ корешковъ, идущихъ изъ болѣе периферическихъ частей послѣда. Наконецъ, на разстояніи около 3 cm. отъ мѣста впаденія вены *II a* въ вену *II*, въ первую впадаетъ крупная вена *a 5*, длиною въ 9 cm., а діаметромъ около 0,6 cm., расположенная также на наружной поверхности послѣда и слагающаяся изъ двухъ венъ, корешки которыхъ расположены въ области начала корешковъ вены *I b*. Начиная отъ впаденія венъ *a 3* и *a 4*, вена *II a* представляется въ видѣ широкаго сосуда, достигающаго до 1,4 cm. въ діаметрѣ. Только въ одномъ мѣстѣ, на разстояніи около 4 cm. отъ впаденія въ вену *II*, тамъ, гдѣ черезъ вену *II a* перегибается артерія *A*, вѣтвь *II a* представляется рѣзко уплощенной (наибольшій діаметръ 0,6 cm., наименьшій—0,2 cm.).

Вена *II b* представляется въ видѣ короткаго (длиною около 3 cm.) и широкаго (діаметромъ около 2 cm.) сосуда, получившагося отъ слiянія двухъ широкихъ венъ (*b 1* и *b 2*). Обѣ эти вены расположены по наружной поверхности послѣда, ближе къ его краю. Одна изъ нихъ (*b 1*) извилиста и очень широка (діаметромъ въ 1,5—2,0 cm.) и слагается изъ двухъ, также очень крупныхъ, вѣтвей, образующихся изъ слiянія корешковъ, расположенныхъ въ периферическихъ участкахъ послѣда. Вторая (*b 2*) представляется значительно меньшей по величинѣ (діаметромъ около 0,6 cm.) и, постепенно расширяясь, идетъ изъ толщи послѣда до соединенія съ первой (*b 1*).

Наконецъ, въ вену *II* впадаетъ вена *II c*[1]. Послѣдняя беретъ свое начало изъ корешковъ, находящихся въ краевыхъ отдѣлахъ послѣда, близко къ мѣсту прикрѣпленія къ нему пуповины, и располагается въ толщѣ ткани послѣда.

На разрѣзѣ послѣда во многихъ мѣстахъ какъ въ центральныхъ, такъ и въ краевыхъ его частяхъ, замѣтны необычно широкія вены, достигающія иногда до 1,3 cm. въ поперечникѣ.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія были вырѣзаны кусочки изъ различныхъ мѣстъ пуповины и послѣда.

---

[1]) Эта вѣтвь на рисункѣ не изображена.

1) При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочковъ *пуповины*, взятыхъ на разстояніи 22, 19, 15 и 11 cm. отъ ея прикрѣпленія къ послѣду, видна слизистая ткань ея, не представляющая отклоненій отъ нормальнаго строенія, и три сосуда: двѣ пупочныя артеріи и одна пупочная вена. Стѣнки этихъ сосудовъ представляются нормальными. Толщина стѣнокъ артерій на срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ самыхъ отдаленныхъ частей пуповины, около мѣста ея перевязки (на разстояніи около 22 cm. отъ прикрѣпленія ея къ послѣду) колеблется между 0,6 —0,7 mm. Толщина стѣнки вены въ тѣхъ же мѣстахъ колеблется между 0,5 0,7 mm. Просвѣтъ артерій на разрѣзѣ представляется звѣздчатымъ, а просвѣтъ вены—неравномѣрно овальнымъ. Мѣстами въ просвѣтѣ вены открывается небольшое количество крови. Въ срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ болѣе близкихъ къ послѣду мѣстъ (на разстояніи 19, 15 и 11 cm. отъ мѣста прикрѣпленія пуповины къ послѣду) стѣнки сосудовъ оказываются нѣсколько тоньше. Толщина стѣнокъ артерій достигаетъ 0,5—0,6 mm., а ближе къ послѣду—только 0,5 mm. Толщина стѣнки вены уменьшается до 0,4—0,5 mm. на разстояніи 19 cm. отъ прикрѣпленія пуповины къ послѣду и до 0,45—0,35 mm. на разстояніи 15 и 11 cm. отъ послѣда. Просвѣтъ артерій на этихъ срѣзахъ также представляется звѣздчатымъ, а просвѣтъ вены нѣсколько въ спавшемся состояніи. Размѣръ площади просвѣта вены равняется приблизительно 0,76 □ mm.

Въ срѣзахъ пуповины, взятыхъ на разстояніи около 10 cm. отъ прикрѣпленія послѣдней къ послѣду, замѣчается рѣзкое увеличеніе просвѣта вены и сильное истонченіе ея стѣнки. Мѣстами толщина послѣдней достигаетъ 0,4 0,5 mm., мѣстами же (на томъ же срѣзѣ)— 0,16 mm. и даже только 0,08 mm.

На серіи срѣзовъ видно, какъ толщина стѣнки вены постепенно уменьшается, доходя до 0,4 — 0,35 mm. при наличности и болѣе тонкихъ отдѣльныхъ участковъ въ стѣнкѣ, тогда какъ просвѣтъ ея все болѣе увеличивается, занимая пространство, начиная отъ 0,63 □ mm. и кончая 2,8 □ mm. Въ просвѣтѣ видна кровь и нити фибрина.

На срѣзахъ пуповины, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ, еще ближе къ прикрѣпленію ея къ послѣду, видно, что стѣнка пупочной вены еще болѣе истончается (до 0,3 mm.) Кромѣ того открываются вторичныя ея выпячиванія, въ которыхъ толщина стѣнки достигаетъ всего 0,054 — 0,09 mm. Раздѣленія мышечной стѣнки вены на продольный и поперечный слои обнаружить уже не удается. Мѣстами стѣнка вены настолько атрофирована, что мышцъ совсѣмъ не видно, а вмѣсто нихъ имѣются лишь расположенныя концентрически къ просвѣту соединительнотканныя волокна. Intima и adventitia пупочной вены не представляютъ особыхъ измѣненій. Мѣстами между адвентиціей и мышечнымъ слоемъ видны небольшіе участки кровоизліяній. Просвѣтъ пупочной вены въ этихъ срѣзахъ представляется большимъ и достигаетъ 9—11 □ mm. Въ просвѣтѣ открывается неизмѣненная кровь. Обѣ артеріи и основная ткань пуповины ближе къ прикрѣпленію послѣдней къ послѣду не представляютъ какихъ-либо уклоненій отъ нормы.

При окрашиваніи на эластическую ткань по Weigert'y, въ мышечномъ слоѣ обѣихъ пупочныхъ артерій открывается лишь крайне незначительное количество извивающихся и прерывающихся короткихъ, тонкихъ эластическихъ волоконъ. M. elastica interna въ этихъ артеріяхъ совершенно отсутствуетъ. Въ пупочной же венѣ подъ эндотеліемъ ясно замѣтна m. elastica interna въ видѣ зигзагообразно извивающейся полоски. Мѣстами, гдѣ стѣнка вены представляется болѣе толстой, эта полоска развѣтвляется въ видѣ двухъ, а иногда даже трехъ рядовъ болѣе тонкихъ волоконъ; мѣстами же, въ области выпячиваній стѣнки вены, она истончена и какъ бы растянута, представляясь на разрѣзѣ въ видѣ ровной линіи.

2) При *микроскопическомъ* изслѣдованіи расширенныхъ венъ *наружной поверхности послѣда*, обнаруживается, что стѣнки ихъ, по сравненію съ громаднымъ просвѣтомъ, чрезвычайно истончены. Просвѣты большинства венъ наполнены смѣшанными тромбами. Эндотелій, выстилающій ихъ стѣнки, сохраненъ не вездѣ. Мѣстами граница стѣнокъ сосудовъ со стороны ихъ просвѣта не ясно различается: видны разрывы, которые наполнены прослойками фибрина, расположенными концентрически по отношенію къ просвѣту. Въ области нахожденія фибрина ткань стѣнки представляется некротизированной. Мышечный слой въ стѣнкахъ расширенныхъ венъ отсутствуетъ: стѣнки состоятъ изъ тонкаго слоя соединительной ткани, почти вездѣ выстланнаго со стороны просвѣта плоскимъ эндотеліемъ. Между соединительной тканью сосудистыхъ стѣнокъ и окружающей эти сосуды тканью, которая представляется отчасти слизистою, отчасти соединительнотканнаго характера, ясной границы не видно.

При окраскѣ на эластическую ткань по способу Weigert'a, въ стѣнкахъ крупныхъ развѣтвленій пупочной вены не удалось открыть эластическихъ волоконъ.

Такимъ образомъ, венозные стволы послѣда представляются чрезвычайно расширенными и съ рѣзко истонченными стѣнками, въ которыхъ произошло развитіе соединительной ткани взамѣнъ атрофированной мышечной. Мѣстами видны некрозы сосудистыхъ стѣнокъ, а также разрывы ихъ, съ отложеніемъ фибрина въ промежуткахъ, получившихся благодаря разрывамъ.

3) При *микроскопическомъ* изслѣдованіи кусочковъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ *послѣда*, оказывается, что даже въ краевыхъ его отдѣлахъ открываются чрезвычайно расширенные большіе венозные сосуды съ рѣзко истонченной соединительнотканной стѣнкой. Только въ одномъ мѣстѣ удалось открыть въ стѣнкѣ большой вѣтви пупочной вены остатки ея мышечнаго слоя. Въ просвѣтахъ многихъ венозныхъ сосудовъ видны смѣшанные тромбы. Просвѣты сосудовъ выстланы эндотеліемъ, но мѣстами послѣдній отсутствуетъ и видны разрывы и некрозы стѣнокъ сосудовъ и отложенія фибрина среди элементовъ стѣнокъ. Граница между стѣнками венъ и окружающей тканью (mem-

brana chorii) представляется не рѣзкой. Во многихъ мѣстахъ видны кровоизлiянiя какъ въ стѣнкахъ венъ, такъ и въ окружающей ихъ ткани. Крупныя вѣтви артерiй, открывающiяся въ значительно меньшемъ количествѣ, чѣмъ вѣтви венъ, не представляютъ особыхъ измѣненiй. Только мѣстами замѣтны кровоизлiянiя въ стѣнкахъ артерiй и въ окружающихъ артерiи тканяхъ.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, эластическiя волокна не обнаруживаются ни въ стѣнкахъ артерiй, ни въ стѣнкахъ венъ.

Ворсинки послѣда частью представляются неизмѣненными, частью отечными и пронизанными кровоизлiянiями. Капилляры въ отечныхъ ворсинкахъ оказываются рѣзко расширенными и наполненными кровью (застой крови). Нигдѣ въ ворсинкахъ не удалось открыть чрезмѣрно увеличеннаго количества капилляровъ или новообразованiя послѣднихъ. Въ межворсинчатыхъ пространствахъ видны красные кровяные шарики и большое количество бѣлыхъ, смѣшанные тромбы, а также участки фибрина, въ которыхъ имѣлись щели (kanalisiertes Fibrin Langhans'a). Ворсинки, прилегающiя къ этимъ участкамъ, мѣстами представляются некротизированными.

Итакъ, въ сильно увеличенномъ въ толщину послѣдѣ крупныя вены оказались необычно расширенными и съ рѣзко измѣненными стѣнками, состоявшими лишь изъ эндотелiальныхъ клѣтокъ и тоненькаго соединительнотканнаго слоя. Болѣе мелкiе корешки венъ въ толщѣ послѣда также представлялись чрезвычайно расширенными и съ такимъ же соединительнотканнымъ перерожденiемъ стѣнокъ, какъ и въ болѣе крупныхъ вѣтвяхъ. Въ большинствѣ крупныхъ вѣтвей венъ открываются смѣшанные тромбы съ большимъ количествомъ фибрина.

Кромѣ описаннаго громаднаго расширенiя венознаго русла плацентарнаго кровообращенiя, наблюдалось также очень значительное расширенiе начальной части пупочной вены, прекращающееся приблизительно на разстоянiи десяти cm. отъ мѣста прикрѣпленiя пуповины къ послѣду. Стѣнка пупочной вены представлялась рѣзко истонченной, состояла изъ слоя эндотелiальныхъ клѣтокъ, m. elastica interna и слоя соединительной ткани. Мѣстами были видны выпячиванiя сосудистаго просвѣта, соотвѣтственно которымъ стѣнка вены представлялась еще болѣе истонченной, а m. elastica int. —растянутой.

Остальная часть пупочной вены представлялась совершенно нормальной: былъ виденъ проходимый для крови

просвѣтъ, содержавшій мѣстами кровь, и обычнаго строенія стѣнка.

Со стороны артерій и межуточной ткани пуповины не удалось обнаружить какихъ-либо отклоненій отъ нормы.

Въ послѣдѣ былъ найденъ сильнѣйшій застой, главнымъ образомъ обусловливающій столь значительное утолщеніе этого органа. Во многихъ ворсинкахъ имѣлось чрезвычайное расширеніе капилляровъ, отекъ и обширныя кровоизліянія. Но мѣстами ворсинки представлялись нормальными, а ихъ капилляры не расширенными.

Резюмируя вышеизложенное, нужно придти къ заключенію, что въ данномъ случаѣ имѣло мѣсто чрезвычайное расширеніе корней и начальной части пупочной вены, соединенное съ атрофіей сосудистыхъ стѣнокъ и съ рѣзкимъ застоемъ во многихъ отдѣлахъ послѣда. Расширеніе пупочной вены и ея корней представлялось пассивнымъ явленіемъ: нигдѣ не было обнаружено ни новообразованія самихъ сосудовъ, ни новообразовательныхъ процессовъ въ ихъ стѣнкахъ. Наоборотъ, во всѣхъ стѣнкахъ корешковъ пупочной вены было найдено рѣзкое истопченіе и полная атрофія ихъ мышечныхъ элементовъ.

Возникаетъ вопросъ, не произошло ли найденное расширеніе пупочной вены и ея корней отъ чисто механическихъ причинъ, напримѣръ, вслѣдствіе облитераціи или стеноза пупочной вены выше ея необычнаго расширенія. Однако, микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило ни стеноза, ни облитераціи пупочной вены. Ткань пуповины по окружности вены на всемъ протяженіи ея представлялась совершенно нормальной. Просвѣтъ пупочной вены оказался вездѣ проходимымъ. Въ области начала расширенія вены было найдено въ ея просвѣтѣ среди красныхъ кровяныхъ шариковъ небольшое количество нитей фибрина и лейкоцитовъ, прилежавшихъ къ сосудистой стѣнкѣ, но закупоривающаго сосудистый просвѣтъ тромба нигдѣ, по всему протяженію пупочной вены, не удалось обнаружить.

Описанное измѣненіе пупочной вены и ея корней представляетъ собой явленіе дегенеративнаго характера и не можетъ быть отнесено къ новообразовательнымъ процессамъ.

Поэтому описанное сосудистое измѣненіе должно быть, по моему мнѣнію, отнесено къ процессу расширенія венъ и можетъ быть названо phlebectasia racemosa placentae.

Мѣстной причины такого чрезвычайнаго расширенія венознаго русла кровообращенія послѣда мнѣ не удалось найти. Поэтому для объясненія этого патологическаго процесса можно сдѣлать только предположеніе, что онъ явился слѣдствіемъ какой-то необычной и очень рѣдкой врожденной неправильности строенія опредѣленнаго участка венозной системы плацентарнаго кровообращенія. Можетъ быть имѣлась аномалія развитія венозныхъ стѣнокъ, въ результатѣ чего явилось расширеніе венъ и послѣдовательная атрофія тканевыхъ ея элементовъ.

На чрезвычайную, повидимому, рѣдкость описанныхъ мною измѣненій въ венозныхъ сосудахъ послѣда и пуповины указываетъ то обстоятельство, что въ доступной для меня литературѣ мнѣ не удалось найти описанія подобнаго случая.

ГЛАВА XXIX.

Головной мозгъ.

Мною подвергнуто микроскопическому изслѣдованію 17 опухолей мозга, въ которыхъ при макроскопическомъ изслѣдованіи были видны участки сосудистаго характера. Большинство этихъ опухолей сохраняется въ музеѣ П.А.И.Н.У.; часть ихъ была передана изъ *Строгановскаго* музея О.Г.Б.

Только въ одномъ случаѣ микроскопическое изслѣдованіе подтвердило подозрѣніе, возникшее на основаніи макроскопическаго вида опухоли. Несмотря на плохое сохраненіе этой опухоли, видимо, долгіе годы пролежавшей въ растворѣ формалина, я, въ виду рѣдкости сосудистыхъ опухолей центральной нервной системы, все-таки приведу результатъ ея изслѣдованія.

СЛУЧАЙ XCII.

Препаратъ опухоли Вароліева мозга былъ переданъ изъ *Строгановскаго* музея О.Г.Б. съ діагнозомъ: glioma pontis Varoli. Препаратъ сохраняется въ 5% водномъ растворѣ формалина и записанъ въ музеѣ П.А.И.Н.У. подъ № 723.

Никакихъ дополнительныхъ данныхъ не имѣется.

Препаратъ представляетъ собой мозжечекъ, Вароліевъ мостъ и продолговатый мозгъ. Правое полушаріе мозжечка и Вароліевъ мостъ вскрыты. На обѣихъ поверхностяхъ разрѣза послѣдняго видна опухоль круглой формы съ желтовато-краснымъ поясомъ по периферіи и желто-сѣрымъ центромъ [1]). Въ одной половинѣ разрѣза Вароліева моста

[1]) Изъ нижне-задней части разрѣза Вароліева моста уже раньше былъ удаленъ, повидимому значительный, кусокъ опухоли.

имѣлся лишь небольшой участокъ опухоли, изъ котораго мною былъ взятъ для изслѣдованія одинъ кусочекъ. Въ другой половинѣ узелъ опухоли достигалъ величины съ лѣсной орѣхъ; отсюда мною было взято два кусочка, при чемъ въ одномъ была видна небольшая кистовидная полость. При внимательномъ разсматриваніи можно было замѣтить рядъ перерѣзанныхъ маленькихъ полостей, по периферіи внѣдряющихся въ ткань мозга. По поверхности опухоль подходитъ къ мягкимъ мозговымъ оболочкамъ.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи. видна сосудистая оболочка Варолiева моста съ крупными расширенными сосудами какъ артеріальнаго, такъ, преимущественно, венознаго типа, затѣмъ отмѣчается узелъ, состоящій изъ большого количества различной величины полостей наполненныхъ кровью. Величина и форма полостей самыя разнообразныя, отъ самыхъ маленькихъ. мало замѣтныхъ, до большихъ, діаметромъ въ 1,4 mm.; большинство ихъ представляется съ извилистыми стѣнками (см. *табл. IX, рис. 12*). Почти всѣ стѣнки очень тонки, особенно на границѣ съ мозговой тканью, гдѣ никакой особенной капсулы опухоли не видно. Кое-гдѣ стѣнки между полостями настолько атрофированы, что сходятъ на нѣтъ и устанавливается такимъ образомъ сообщеніе между сосѣдними полостями. Лишь въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на ограниченномъ пространствѣ по краю отдѣльныхъ полостей имѣются болѣе широкіе участки соединительной ткани, составляющіе стѣнку полостей. Въ серединѣ опухоли видны также отрѣзки артеріальныхъ сосудовъ и въ перекладинахъ — участки некротической мозговой ткани. Перегородки между полостями состоятъ изъ бѣдной ядрами соединительной ткани, въ которой кое-гдѣ отмѣчаются участки. болѣе интенсивно окрашивающіеся кислыми красками, и небольшіе кровеносные сосуды. Мѣстами въ перегородкахъ замѣтно отложеніе извести, а также метапластическое образованіе костной ткани. Полости выстланы эндотеліемъ. Содержимое полостей — красные кровяные шарики, среди которыхъ замѣтно лишь незначительное количество бѣлыхъ. Нѣкоторыя полости заполнены фибринозными тромбами. По периферіи опухоль имѣетъ неровную границу, нѣкоторыя полости выпячиваются въ мозговую ткань, а иныя даже со всѣхъ сторонъ окружаются ею. Кнаружи полости опухоли близко подходятъ къ фиброзно утолщенной мягкой оболочкѣ Варолiева моста и граничатъ съ расширенными ея сосудами, со стороны мозга периферическія полости опухоли граничатъ съ некротизованною мозговою тканью, среди которой развилась грануляціонная ткань. Среди мозговой ткани нѣсколько дальше отъ опухоли видны отдѣльныя, мѣстами атрофированныя, нервныя клѣтки, а въ одномъ мѣстѣ открывается поперечно перерѣзанный стволикъ периферическаго нерва съ артеріолой въ центрѣ. Кистовидная полость оказалась очень расширеннымъ, большимъ венознымъ сосудомъ.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, она открывается лишь въ сосудахъ оболочки и ткани мозга, а также въ артеріяхъ, находящихся среди полостей. Въ стѣнкахъ полостей эластической ткани не видно.

Сопоставляя данныя изслѣдованія, позволительно придти къ заключенію, что здѣсь, въ нижней части Вароліева моста, была кавернозная сосудистая опухоль (haemangioma cavernosum pontis Varoli), находившаяся въ связи съ сосудистой мозговой оболочкой. Послѣдняя рѣзко измѣнена и пронизана громадными сосудами, преимущественно венознаго типа. Опухоль, видимо, разрасталась, на что указываетъ диффузное распространеніе отдѣльныхъ полостей въ мозговой ткани по периферіи ея, и, вѣроятно, благодаря кровенаполненію, сильно давила на близлежавшую мозговую ткань. Результатомъ этого давленія явилось некротическое состояніе мозга по окружности опухоли и реактивное разрастаніе грануляціонной ткани. Въ самой опухоли преобладали дегенеративныя измѣненія: истонченіе однѣхъ стѣнокъ полостей и склерозъ другихъ. Кровообращеніе также происходило неправильно, на что указываетъ наличность тромботическихъ массъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ. Отсутствіе эластической ткани въ стѣнкахъ полостей наряду съ наличностью переходовъ отъ самыхъ маленькихъ, капиллярнаго типа полостей къ большимъ полостямъ, говоритъ въ пользу развитія изслѣдуемой опухоли изъ первоначально неправильно заложеннаго капиллярнаго участка. Близость опухоли къ сосудистой оболочкѣ мозга подтверждаетъ взглядъ *Аствацатурова* (см. стр. 427) и др., по которымъ кавернозныя гемангіомы мозга происходятъ изъ сосудистой оболочки мозга.

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія описанной опухоли и близости послѣдней къ pia, я тоже считаю возможнымъ причислить описанную опухоль Вароліева моста къ порокамъ развитія и допустить, что она развилась изъ ненормально заложеннаго и неправильно развившагося капиллярнаго зачатка piae.

Особый интересъ представляетъ локализація опухоли въ Вароліевомъ мосту и нахожденіе въ ея межуточной ткани метапластическаго образованія костной ткани. Въ кавернозной гемангіомѣ мозга образованіе кости первый описалъ *Creite* 1903 (стр. 426, 428 и 617). Отмѣчу, что образованіе кости въ гемангіомахъ наблюдалось также *Margarucci* 1898 (стр. 223), *Küttner*'омъ 1906 (стр. 528), *Kolaczek*'омъ 1908 (стр. 223), *Glaser*'омъ 1909 (стр 155), *Поздюнинымъ-Познанинымъ* 1911 (стр. 140), многими авторами въ гемангіомахъ сосудистой оболочки (стр. 456), *мною* (стр. 707) и др.

ГЛАВА XXX.

Глазъ.

Для пополненія имѣющихся въ литературѣ данныхъ о частотѣ новообразованій глаза мною собраны нѣкоторыя свѣдѣнія, относящіяся къ этому вопросу, какъ изъ Гл.К.Н.У., такъ и изъ О.Г.П.Гл.Л. [1]).

Въ Гл.К.Н.У. за пять лѣтъ (1906—1911) наблюдалось (у стаціонарныхъ больныхъ) 30 новообразованій зрительнаго аппарата, локализація которыхъ представлена въ нижеслѣдующей таблицѣ XXXVI.

Таблица XXXVI.

Локализація опухолей	Число опухолей	Изъ нихъ злокачеств. было
Орбита	13	9
Вѣки	9	9
Сосудистый трактъ . .	2	2
Сѣтчатка . . .	2	—
Зрительный нервъ .	3	—
Роговица . .	1	—
Итого . . .	30	20

[1]) За любезное разрѣшеніе воспользоваться матеріаломъ глазной клиники и глазной лѣчебницы приношу глубокоуважаемымъ проф. *С. С. Головину*, проф. *В. П. Филатову* и д-ру мед. *О. К. Вальтеру* свою благодарность.

Какъ видно изъ таблицы XXXVI (см. стр. 876), большинство (²/₃) всѣхъ опухолей, найденныхъ у стаціонарныхъ больныхъ, оказалось злокачественнаго характера; среди 10 доброкачественныхъ опухолей встрѣтилась одна гемангіома (см. ниже, сл. XCV).

Въ О.Г.П.Гл.Л. я воспользовался записями въ музейномъ каталогѣ, въ который съ 1872 г. вносились свѣдѣнія о поступившемъ послѣ операцій патолого-анатомическомъ матеріалѣ, въ частности о всѣхъ сохраненныхъ въ музеѣ опухоляхъ.

На 600 различныхъ препаратовъ, собранныхъ за 38 лѣтъ (съ 1872 г. по 1. VII. 1910 г.) и зарегистрированныхъ въ каталогѣ, оказалось 118 опухолей глаза, распредѣленіе которыхъ по отдѣльнымъ частямъ этого органа представлено мною въ нижеслѣдующей таблицѣ XXXVII.

Таблица XXXVII.

Локализація опухолей	Число опухолей
Глазное яблоко	58
Орбита	29
Вѣки	21
Конъюнктивы .	7
Роговая оболочка . .	2
Слезное мясцо .	1
Итого . . .	118

Среди 29 опухолей орбиты, находившихся въ музеѣ О.Г.П.Гл.Л., одна была записана подъ діагнозомъ: angioma cavernosum. Эта опухоль была изслѣдована и описана д-ромъ мед. *О. К. Вальтеромъ* [1]).

Относительно двѣнадцати опухолей орбиты въ каталогѣ не имѣлось опредѣленнаго микроскопическаго діагноза,

---

[1]) Краткія свѣдѣнія объ этомъ случаѣ приведены мною на стр. 642 и 643 (приложеніе къ второй части настоящей работы, табл. № 11, случай № 24).

изъ этихъ опухолей 11 были мною изслѣдованы [1]). Среди послѣднихъ мною были найдены двѣ сосудистыя опухоли (см. ниже, сл. XCIII и XCIV).

СЛУЧАЙ XCIII.

Д. 10 мѣс., поступила въ О.Г.П.Гл.Л. въ 1903. г. Исторію ея болѣзни (за № 197) мнѣ не удалось получить.

Кл. діагн.: Tumor orbitae sin. Angiosarcoma (?). Операція удаленія опухоли была произведена 8. III. 1903 г.

Для изслѣдованія мнѣ былъ предоставленъ кусочекъ опухоли, сохранявшійся въ музеѣ лѣчебницы подъ № 401.

Подъ *микроскопомъ* видны дольки, отдѣленныя другъ отъ друга тонкими и толстыми волокнистыми соединительнотканными прослойками, которыя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ рѣзко отечны. Въ прослойкахъ видны кромѣ того сосуды и участки жировыхъ клѣтокъ. Дольки преимущественно состоятъ изъ сосудовъ капиллярнаго и прекапиллярнаго типа различной величины. Ихъ просвѣтъ мѣстами еле замѣтенъ, мѣстами же видны растянутыя полости неправильныхъ очертаній. Стѣнки этихъ полостей состоятъ изъ двухъ или, рѣже, трехъ рядовъ клѣтокъ съ овальными, сильно красящимися ядрами. Въ маленькихъ сосудахъ клѣтки во многихъ мѣстахъ имѣютъ кубическую форму; въ полостяхъ онѣ уплощены и имѣютъ болѣе вытянутыя ядра. Содержимое этихъ образованій составляютъ красные кровяные шарики съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Клѣточные элементы стѣнокъ капиллярныхъ сосудовъ обычно тѣсно соприкасаются съ таковыми же близлежащихъ сосудовъ, такъ что другой стромы, кромѣ стѣнокъ сосудовъ, въ долькахъ не видно. Только въ окружности нѣкоторыхъ болѣе крупныхъ сосудовъ и внутри долекъ видны прослойки соединительной ткани. Наряду съ сосудистыми образованіями капиллярнаго и прекапиллярнаго типа въ долькахъ видны различнаго калибра артеріальные и венозные сосуды, а также участки изъ жировыхъ клѣтокъ. Коегдѣ попадаются эозинофилы. Въ одномъ участкѣ препарата видно, какъ капиллярные и нѣсколько расширенные сосуды прорастаютъ поперечно-полосатую мышцу, раздвигая и сдавливая отдѣльныя волокна. Въ этомъ же участкѣ и въ центрѣ дольки открываются многочисленные остатки сдавленныхъ и атрофированныхъ мышечныхъ волоконъ. Послѣднее явленіе указываетъ на интенсивный ростъ изслѣдуемаго новообразованія.

---

[1]) За любезное предоставленіе кусочковъ изъ этихъ одиннадцати опухолей для микроскопическаго изслѣдованія приношу глубокоуважаемому старшему врачу О.Г.П.Гл.Л., д-ру мед. *О. К. Вальтеру*, свою благодарность.

При окраскѣ на эластическую ткань по Weigert'у, въ соединительной ткани долекъ опухоли во многихъ мѣстахъ видны тоненькія эластическія волоконца; въ толстыхъ перегородкахъ между дольками и въ стѣнкахъ большихъ сосудовъ эластическія волокна значительно толще.

Резюмируя вышесказанное, я долженъ сказать, что данная опухоль является сосудистой, состоящей изъ элементовъ, большинство которыхъ по строенію ближе всего подходитъ къ строенію капиллярныхъ и прекапиллярныхъ кровеносныхъ сосудовъ: haemangioma simplex (capillare et praecapillare). Это новообразованіе, давшее о себѣ знать уже въ самомъ раннемъ дѣтствѣ больной (операція была произведена на 10-мъ мѣсяцѣ жизни), обладало очень интенсивнымъ ростомъ, прорастая какъ жировую ткань орбиты, такъ и прилежавшія мышцы. Наряду съ инфильтраціоннымъ ростомъ опухоли по ея периферіи, въ болѣе центральныхъ, слѣдовательно и болѣе старыхъ, долькахъ ея замѣтны признаки дальнѣйшаго измѣненія основныхъ, составляющихъ опухоль, элементовъ. Въ однихъ сосудахъ наблюдается прогрессирующее утолщеніе стѣнокъ (постепенная артеріализація), въ другихъ, наоборотъ, рѣзкое увеличеніе калибра безъ замѣтнаго измѣненія толщины и строенія стѣнокъ (переходъ въ кавернозную форму). Оба эти измѣненія вызваны, вѣроятно, измѣненіями кровяного давленія въ опухоли.

Что касается этіологіи этой опухоли, то, въ виду ранняго ея появленія, она, по всей вѣроятности, является результатомъ дальнѣйшаго развитія неправильно и избыточно заложеннаго сосудистаго зачатка.

СЛУЧАЙ XCIV.

Д. 7 мѣсяцевъ, поступила 30. IV. 1910 г. въ О.Г.П.Гл.Л. Исторія болѣзни № 330 (д-ръ мед. *К. А. Юдинъ*).

Въ области нижняго вѣка праваго глаза въ орбитѣ находилась мягкая, не сращенная съ кожей, опухоль длиною въ 2,5 cm. и шириною въ 1,5 cm., выпячивавшая вѣко. Черезъ кожу вѣка кое-гдѣ просвѣчивали синія пятна опухоли, которая при ощупываніи давала впечатлѣніе множественности мягкихъ узелковъ. Вглубь глазницы опухоль направлялась между нижней стѣнкой глазницы и глазнымъ яблокомъ. Опухоль была замѣтна уже при рожденіи и была величиною съ горошину. Особенно замѣтный ростъ ея имѣлъ мѣсто за послѣдніе два мѣсяца.

1. V. 1910 г. д-ръ мед. *К. А. Юдинъ* удалилъ опухоль. Послѣоперацiонный перiодъ протекъ безъ осложненiй. 7. V. 1910 г. были сняты швы и на слѣдующiй день ребенокъ былъ выписанъ здоровымъ.

Д-ръ *К. А. Юдинъ* любезно предоставилъ мнѣ [1]) для изслѣдованiя небольшой кусочекъ опухоли, сохранявшiйся въ 70° спиртѣ.

Подъ *микроскопомъ* видно нѣсколько ясно отграниченныхъ участковъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга различной толщины соединительнотканными прослойками. Нѣкоторыя изъ послѣднихъ рѣзко отечны и пронизаны кровоизлiянiями, а въ одной видна группа жировыхъ клѣтокъ. Участки состоятъ изъ сосудовъ капиллярнаго и, преимущественно, прекапиллярнаго типа; во многихъ просвѣта не видно. Стѣнки этихъ сосудовъ состоятъ изъ одного или нѣсколькихъ рядовъ сочныхъ, довольно крупныхъ клѣтокъ, среди которыхъ многiя съ фигурами дѣленiя. Ближайшiй къ просвѣту сосудовъ слой клѣтокъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ состоитъ изъ клѣтокъ кубической формы, въ большинствѣ же случаевъ изъ эндотелiальныхъ клѣтокъ обычнаго вида. На ряду съ описанными сосудами видны немногочисленныя болѣе широкiя полости, наполненныя кровью, при чемъ строенiе ихъ стѣнокъ тождественно со строенiемъ вышеописанныхъ сосудовъ. Наконецъ, въ каждомъ участкѣ, а также въ соединительной ткани прослоекъ имѣются большiе сосуды съ ясно видимой мышечной стѣнкой какъ венознаго, такъ и артерiальнаго типа. Въ нѣкоторыхъ долькахъ опухоли по окружности большихъ сосудовъ видны отдѣльныя группы жировыхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ большихъ сосудовъ, представляющихся часто съ извилистыми стѣнками, наблюдается рѣзкiй эндартерiитъ въ видѣ узловатыхъ утолщенiй интимы. Въ крови, находящейся въ сосудахъ и полостяхъ, встрѣчается большое количество эозинофиловъ.

При окрашиванiи на эластическую ткань по Weigert'у, видны многочисленныя эластическiя волокна въ стѣнкахъ большихъ сосудовъ и въ болѣе широкихъ прослойкахъ соединительной ткани и отдѣльныя тоненькiя волоконца по окружности большинства мелкихъ сосудовъ. Послѣднее обстоятельство подтверждаетъ прекапиллярный типъ ихъ, переходный къ строенiю мелкихъ артерiй.

При сопоставленiи данныхъ микроскопическаго изслѣдованiя и исторiи болѣзни, выясняется, что изслѣдованная опухоль принадлежитъ къ сосудистымъ и составлена изъ элементовъ, большинство которыхъ по строенiю напоминаетъ переходныя формы между кровеносными капиллярами и мелкими артерiями. Являясь врожденной, опухоль за короткое время сильно увеличилась и достигла значительной

---

[1]) За предоставленiе кусочка опухоли приношу глубокоуважаемому *К. А. Юдину*, нынѣ профессору Николаевскаго Саратовскаго Университета, свою благодарность.

величины, прорастая жировую ткань орбиты. На послѣднее обстоятельство указываютъ также найденные остатки жировой ткани въ видѣ отдѣльныхъ группъ жировыхъ клѣтокъ въ долькахъ и перекладинахъ новообразованія. Наличность многочисленныхъ фигуръ дѣленія, сильная окрашиваемость сочныхъ ядеръ и кубическая форма нѣкоторыхъ эндотеліальныхъ клѣтокъ также указываетъ на интенсивное размноженіе и ростъ опухоли. Одновременно съ этимъ въ сосудахъ опухоли, вѣроятно, господствовало высокое кровяное давленіе, которое и повлекло за собой, съ одной стороны, значительное расширеніе просвѣта въ отдѣльныхъ новообразованныхъ маленькихъ сосудахъ (образованіе болѣе широкихъ кровеносныхъ полостей), а съ другой стороны, отразилось на строеніи большихъ приводящихъ сосудовъ (разрастаніе intimae, эндартеріитъ). Отсутствіе другой растущей ткани подтверждаетъ чистый сосудистый характеръ описаннаго новообразованія. Діагнозъ: haemangioma simplex (capillare et praecipue praecapillare).

СЛУЧАЙ XCV.

М. 38 л., поступилъ 17. I. 1911 г. въ Гл.К.Н.У. Исторія болѣзни № 730 (ордин. д-ръ *А. Г. Дмитріевъ*). Діагнозъ: Tumor orbitae paraneuralis.

Больной обратился въ клинику съ жалобой на выпячиваніе лѣваго глаза и пониженіе зрѣнія въ немъ, которое онъ замѣтилъ мѣсяца полтора тому назадъ. При изслѣдованіи найденъ exophtalmus sin. на 1 cm. впередъ, на днѣ глаза явленія застойнаго соска, въ лѣвомъ глазу астигматизмъ и пониженное зрѣніе (visus = счетъ пальцевъ на $1^1/_2$—2 m.).

28. I. 1911 г. произведена проф. *С. С. Головинымъ* подъ хлороформомъ операція *Krönlein*'а (видоизмѣненіе проф. *С. С. Головина*). Въ глазницѣ внутри мышечной воронки близъ зрительнаго нерва найдена обособленная опухоль, величиной съ голубиное яйцо (прод. діаметръ—3 cm., поперечный—2,5 cm.). Опухоль была мягкой консистенціи и прилегала снаружи и снизу къ зрительному нерву. Изъ опухоли извлечено шприцемъ около 1,5 g. кровянистой жидкости, затѣмъ были нарушены спайки между оболочкой опухоли и оболочкой зрительнаго нерва и опухоль была удалена, при чемъ кровотеченія никакого не было. Послѣопераціонное теченіе гладкое.

8. II. 1911 г. больной былъ продемонстрированъ проф. *С. С. Головинымъ* въ засѣданіи одесскаго офталмологическаго общества, а 9. II. того же года больной выписался выздоровѣвшимъ.

Для изслѣдованія проф. *С. С. Головинъ* любезно предоставилъ мнѣ [1]) 3. II. 1911 г. кусокъ опухоли, имѣвшій форму усѣченнаго овоида, размѣры основанія котораго были 1,2 × 1,7 cm.; длина оси была около 1,5 cm. Опухоль была цѣликомъ фиксирована въ насыщенномъ растворѣ сулемы. Для дальнѣйшей заливки мною были вырѣзаны черезъ все основаніе овоида 2 ломтя перпендикулярно къ оси, а изъ оставшейся части былъ вырѣзанъ кусочекъ изъ середины опухоли параллельно оси.

При разсматриваніи простымъ глазомъ, предоставленный мнѣ кусокъ опухоли оказался состоящимъ изъ небольшого количества межуточной ткани, въ которой заложено множество замкнутыхъ небольшихъ, наполненныхъ зернистой массой, полостей. По периферіи вообще число полостей было больше, чѣмъ въ серединѣ опухоли; въ центрѣ и въ отдѣльныхъ лишь мѣстахъ по периферіи преобладала межуточная ткань. По окружности опухоли видна ясно ограниченная капсула.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи (см. *табл. X, рис. 45*) оказывается, что наибольшая часть опухоли состоитъ изъ полостей различной величины и формы. Встрѣчаются полости круглой, овальной, продолговатой и, наконецъ, неправильной формы. Наибольшая длина продольныхъ полостей доходитъ до 2,9 mm., наибольшая ширина круглыхъ полостей—до 1,2 mm. Нѣкоторыя полости на разрѣзѣ замкнутыя, а нѣкоторыя сообщаются другъ съ другомъ. Наполнены онѣ сплошь красными кровяными шариками, среди которыхъ замѣтно лишь незначительное количество бѣлыхъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, наряду съ ясно замѣтными красными кровяными шариками, кровь видна въ видѣ гомогенной массы, состоящей преимущественно изъ глыбокъ. Кромѣ того видны отрѣзки соединительной ткани, продольные и круглые, обложенные эндотеліемъ (отрѣзки перегородокъ между полостями). Полости выстланы однорядным эндотеліемъ, ядра котораго выбухаютъ въ просвѣтъ полостей. Межуточная ткань бѣдна ядрами, имѣетъ гомогенный видъ и расположена въ видѣ волоконъ или глыбокъ, интенсивно окрашивающихся кислыми красками. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она слизисто измѣнена—видны слизистыя клѣтки съ отростками. Въ другихъ, рѣдко встрѣчающихся, мѣстахъ видны воспалительныя измѣненія—круглоклѣточный инфильтратъ. Въ тѣхъ участкахъ опухоли, гдѣ полости по величинѣ больше, межуточная соединительная ткань представляется въ видѣ преимущественно тонкихъ перегородокъ. Въ тѣхъ же участкахъ, гдѣ полости по величинѣ меньше, онѣ располагаются далеко другъ отъ друга и межуточная ткань видна въ видѣ широкихъ пластовъ. Въ этихъ же мѣстахъ въ соединительной ткани видны въ довольно большомъ количествѣ мелкіе сосуды прекапиллярнаго типа съ гиперплазіей эндотелія. Въ общемъ эти сосуды представляются по строенію ближе къ артеріоламъ. Кое-гдѣ ихъ больше,

---

[1]) За предоставленіе описываемой опухоли приношу глубокоуважаемому проф. *С. С. Головину* свою благодарность.

въ другихъ мѣстахъ ихъ меньше. Наряду съ этимъ, также въ болѣе широкихъ соединительнотканныхъ перегородкахъ, видны отдѣльныя гладкія мышечныя волокна, лежащія продольно. Кое-гдѣ такихъ волоконъ больше и они располагаются концентрически, при чемъ получается впечатлѣніе облитерированнаго сосуда.

Въ центрѣ поперечнаго разрѣза опухоли виденъ большой участокъ (занимающій при небольшомъ увеличеніи—*Leitz* Oc. 3, Ob. 3—все поле зрѣнія), состоящій изъ полосъ плотной, бѣдной ядрами, ярко окрашивающейся соединительной ткани, между которыми расположены перерѣзанные въ различныхъ плоскостяхъ, различной толщины пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, достигающихъ ширины до 255 μ. Эти мышечные пучки на разрѣзѣ имѣютъ видъ узловъ лейоміомы. Нѣкоторые изъ нихъ распространяются и по направленію къ периферіи опухоли, располагаясь въ серединѣ перегородокъ между наполненными кровью полостями. Въ срѣзахъ изъ слѣдующаго ломтя опухоли, а также въ срѣзахъ изъ кусочка, взятаго перпендикулярно къ первымъ двумъ (см. выше), гладкая мышечная ткань также видна, но уже въ незначительномъ количествѣ.

Капсула опухоли видна ясно. Она неравномѣрной толщины, отъ 40 до 160 μ, въ среднемъ болѣе тонкая, состоитъ изъ плотной соединительной ткани, бѣдной ядрами. Кое-гдѣ въ ней заложены сосуды капиллярнаго, а въ одномъ мѣстѣ и венознаго типа. Около капиллярныхъ сосудовъ виденъ круглоклѣточный инфильтратъ.

Подъ капсулой въ одномъ мѣстѣ виденъ довольно большой участокъ жировой ткани, состоящій изъ жировыхъ клѣтокъ неравномѣрной величины. Между ними видны сосуды, скопленія круглыхъ клѣтокъ и незначительное кровоизліяніе. Въ другихъ мѣстахъ лишь въ видѣ исключенія видны нѣсколько жировыхъ клѣтокъ около капсулы. Въ центрѣ опухоли жира не было найдено.

Кнаружи отъ капсулы кое-гдѣ также видны жировыя клѣтки съ кровоизліяніями между ними. Въ капсулѣ и кнаружи отъ нея видны сосуды какъ капиллярнаго типа, такъ и крупные артеріальные съ разросшейся интимой. Около сосудовъ иногда имѣется круглоклѣточный инфильтратъ. Кромѣ того въ капсулѣ найденъ небольшой нервный стволикъ.

Эластическая ткань обнаруживается, при окрашиваніи по Weigert'у, въ очень незначительномъ количествѣ, въ видѣ тонкихъ волоконецъ, лучше всего видныхъ въ капсулѣ и широкихъ перегородкахъ. Въ составъ стѣнокъ полостей упругія волокна не входятъ.

Резюмируя результаты изслѣдованія, я могу сказать, что опухоль является типичной кавернозной гемангіомой съ незначительными воспалительными явленіями. Особенностями этого случая являются необычная локализація въ орбитѣ, внутри мышечной воронки ея, наличность ясно различимой капсулы и присутствіе самостоятельныхъ участковъ

гладкихъ мышечныхъ пучковъ, дающихъ впечатлѣніе лейоміомы. Строеніе полостей сходно со строеніемъ подобныхъ полостей кавернозныхъ гемангіомъ другихъ мѣстъ. Въ межуточной ткани отмѣчены дегенеративныя измѣненія (гіалиновое и слизистое перерожденіе, облитерація), наблюдаемыя также и въ другихъ кавернозныхъ гемангіомахъ.

Наличность жировой и, особенно, гладкой мышечной ткани на опредѣленныхъ мѣстахъ съ характеромъ самостоятельнаго новообразованія заставляетъ меня отнести изслѣдуемую опухоль къ сложнымъ образованіямъ, однако преимущественное развитіе кровеносныхъ полостей вполнѣ оправдываетъ приведенное мною въ началѣ опредѣленіе.

Что касается происхожденія этого новообразованія, то я себѣ представляю, что оно явилось результатомъ неправильной закладки сосудистаго зачатка. Элементы сосудистаго зачатка, изъ которыхъ обычно развиваются мышцы сосудовъ, оказались обособленными и развились въ видѣ міоматозныхъ узловъ; изъ остальныхъ же элементовъ развилась кавернозная опухоль.

Мною изслѣдованы три сосудистыя опухоли орбиты. Двѣ изъ нихъ по микроскопическому строенію состояли преимущественно изъ капилляровъ, при чемъ въ одной изъ нихъ (сл. XCIII) были найдены переходныя картины между простой и кавернозной гемангіомой. Обѣ упомянутыя опухоли были удалены у совсѣмъ маленькихъ дѣтей (7 и 10 мѣсяцевъ) и потому, по всей вѣроятности, были врожденныя. Третья опухоль (сл. XCV), находившаяся въ глубинѣ орбиты внутри мышечной воронки около зрительнаго нерва, является типичной представительницей кавернознаго вида гемангіомъ, неоднократно описанныхъ именно въ этой области (см. стр. 638 по 653; приложеніе къ второй части настоящей работы, табл. *№ 11*). Особенностью этой опухоли, которая, по всей вѣроятности, также внутриутробнаго происхожденія, является наличность ясно замѣтной капсулы и большого количества гладкихъ мышечныхъ пучковъ, расположенныхъ въ центральныхъ участкахъ гемангіомы.

ГЛАВА XXXI

Развитіе сосудовъ и образованій, симулирующихъ гемангіомы, при различнаго характера патологическихъ процессахъ.

Для изученія такъ называемыхъ *„ложныхъ“* гемангіомъ (см. стр. 556) мною были произведены изслѣдованія, во-первыхъ, случаевъ пассивныхъ расширеній сосудовъ, во-вторыхъ, цѣлаго ряда воспалительныхъ процессовъ и, наконецъ, въ третьихъ, различнаго строенія новообразованій, богатыхъ сосудами.

1) Подробное описаніе случаевъ расширенія сосудовъ подслизистой ткани *пищевода* и *кишечнаго тракта* приведено мной въ главѣ XXIV (см. стр. 751) и XXV (см. стр 755). Оказывается, что „varices“ пищевода и кишекъ въ нѣкоторыхъ изслѣдованныхъ мною объектахъ по своей гистологической картинѣ чрезвычайно были сходны съ гемангіомами (см. *табл. X*, *рис. 46*). Повидимому, образованіе этихъ „varices“ иногда зависитъ отъ врожденной слабости стѣнокъ подслизистыхъ венъ пищевода и кишечника, то-есть отъ неправильностей при внутриутробной закладкѣ этихъ сосудовъ. Другими словами, „varices“ упомянутыхъ органовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ зависятъ по своему происхожденію отъ такихъ же причинъ, отъ которыхъ можетъ произойти и образованіе гемангіомъ.

Кромѣ того мною произведено изслѣдованіе цѣлаго ряда случаевъ застойной *печени* (см. стр. 856) и *селезенки* (см. стр. 864). Ни разу мнѣ не удалось найти картину, которая симулировала бы гемангіому.

2) Такъ какъ авторами наиболѣе часто описывается ангiоматозное превращенiе *грануляцiонной ткани*, то мною были изслѣдованы случаи какъ циррозовъ печени (см. стр. 856 и *табл. X, рис. 47*), такъ и различнаго происхожденiя грануляцiонная ткань въ *сердцѣ*, *почкахъ* и *другихъ органахъ*.

а) Всего мною было изслѣдовано 14 случаевъ пораженiя *сердечной мышцы*. Въ десяти были найдены явленiя хроническаго мiокардита, т. е. развитiе плотной фиброзной соединительной ткани, при чемъ въ шести изъ нихъ, наряду со старой, была найдена и болѣе молодая грануляцiонная ткань. Въ четырехъ случаяхъ были найдены явленiя преимущественно остраго мiокардита. Кромѣ того въ четырехъ случаяхъ встрѣтился рѣзко выраженный некрозъ мышцъ сердца, а въ шести случаяхъ—ясно замѣтныя застойныя явленiя.

Разбирая состоянiе сосудистой системы въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ, я долженъ указать, что въ четырехъ изъ нихъ особыхъ уклоненiй отъ обычной картины не было замѣтно. Въ другихъ четырехъ наблюдалось незначительное расширенiе капилляровъ въ грануляцiонной ткани, которое вполнѣ объяснялось наличностью значительнаго застоя крови въ сердечной мышцѣ. Наконецъ, въ шести случаяхъ, въ которыхъ наряду съ хроническими имѣлись также и острыя измѣненiя въ сердечной мышцѣ и различныя переходныя стадiи между тѣми и другими, были найдены въ соединительной ткани широкiя полости, наполненныя кровью и расположенныя тѣсно другъ около друга. Эти полости были выстланы однорядным эндотелiемъ, но не имѣли собственной мышечной стѣнки. Мѣстами такiя тѣсно расположенныя полости симулировали сосудистую опухоль. Происхожденiе ихъ однако было несомнѣнно прiобрѣтеннымъ и находилось въ связи съ необычно протекавшимъ развитiемъ грануляцiонной ткани, подъ влiянiемъ, вѣроятно, бывшаго повышеннаго кровяного давленiя въ сосудахъ сердца. Въ пользу происхожденiя большихъ кавернознаго вида полостей изъ капилляровъ грануляцiонной ткани говоритъ какъ строенiе ихъ стѣнокъ, состоящихъ только изъ одного слоя эндотелiальныхъ клѣтокъ, такъ и наличность всевозможныхъ переходовъ, начиная отъ капилляровъ обычнаго вида и кончая кавернознаго характера полостями.

b) Въ 16 случаяхъ различныхъ стадій цирротическихъ измѣненій въ *почкахъ*, подвергнутыхъ мной изслѣдованію, мнѣ ни разу не встрѣтились картины, которыя бы симулировали сосудистыя опухоли.

c) Кромѣ того мною были изслѣдованы процессы воспалительнаго характера въ *другихъ органахъ* (въ яичникахъ яичкахъ, маткѣ и т. д.), при чемъ даже въ случаяхъ съ значительнымъ развитіемъ сосудовъ не удалось найти образованій, которыя бы симулировали гемангіомы.

3) Наконецъ, мною произведено изслѣдованіе цѣлаго ряда различнаго строенія опухолей, въ которыхъ уже макроскопически было замѣтно увеличенное количество кровеносныхъ сосудовъ, а также просмотрѣны препараты такихъ опухолей, сохраняющіеся въ коллекціяхъ П.А.И.Н.У.

a) *Полиповъ* слизистыхъ оболочекъ мною изслѣдовано 18 (четыре полипа носа, шесть желудка, три кишекъ и пять матки), при чемъ особенное обиліе сосудовъ было найдено въ двухъ случаяхъ: въ одномъ случаѣ слизистаго полипа носа и въ одномъ аденоматознаго полипа матки. Однако, ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ разрастаніе сосудовъ не носило характера гемангіомы.

b) Въ цѣломъ рядѣ изслѣдованныхъ мною *другихъ опухолей* какъ доброкачественныхъ, такъ и злокачественныхъ, несмотря на богатство ихъ сосудами, также не обнаружены картины, которыя напоминали бы сосудистыя опухоли. Лишь въ единичныхъ случаяхъ были найдены участки, которые поразительно были похожи на гемангіомы.

Такъ, напримѣръ, у мужчины 74 л., умершаго отъ рака желудка, въ соединительной ткани подслизистаго слоя и среди мышечнаго слоя стѣнки желудка, проросшей ракомъ, по окружности раковаго узла были найдены участки изъ тѣсно расположенныхъ сосудистыхъ полостей кавернознаго вида (см. *табл. X, рис. 48*), на первый взглядъ вполнѣ симулировавшіе кавернозную гемангіому.

Въ другомъ случаѣ у женщины 83 л., умершей въ 1911 г. въ О.С.Г.Б. (Пр. вскр. № 53), въ опухоли почки, оказавшейся при микроскопическомъ изслѣдованіи гипернефромой, было найдено нѣсколько сосудистыхъ участковъ, отграниченныхъ отъ ткани опухоли и состоящихъ изъ наполненныхъ кровью полостей различной величины и формы. Полости представлялись раздѣленными другъ отъ друга очень тонкими перегородками, состоявшими изъ волокнистой соединительной ткани и выстланными сочнымъ однослойнымъ эндотеліемъ. Одинъ изъ такихъ участковъ, наибольшій по величинѣ, былъ вполнѣ сходенъ съ

гемангіомой. Въ другихъ участкахъ имѣлась тромботическая закупорка сосудовъ, при чемъ въ такихъ организующихся тромбахъ открывались новыя сосудистыя полости кавернознаго вида.

По моему мнѣнію, вполнѣ возможно допустить, что въ описанномъ случаѣ произошло „каверноматозное“ превращеніе (см. стр. 566) тромбовъ въ большихъ сосудахъ (венахъ) почки, обросшихъ новообразованіемъ (гипернефромой).

Кромѣ приведенныхъ двухъ случаевъ, сосудистые участки, симулировавшіе какъ простыя, такъ и кавернозныя гемангіомы, были мною найдены при изслѣдованіи случая fibroma molluscum (опухоль, величиной съ кулакъ ребенка, сидѣла на ножкѣ въ области бедра мужчины 57 л.), случая остеомы, аденомы почки, трехъ случаевъ тератомъ, случая рака пищевода, трехъ случаевъ саркомъ и др.

Изъ вышеприведеннаго видно, что „ложныя“ гемангіомы при застойныхъ явленіяхъ въ различныхъ органахъ мнѣ ни разу не встрѣтились. Онѣ были мною найдены въ видѣ исключенія при превращеніи грануляціонной ткани въ фиброзную и сравнительно чаще—въ различнаго строенія новообразованіяхъ. Особо слѣдуетъ отмѣтить расширенія венъ—varices—пищевода и кишекъ, которыя въ однихъ случаяхъ несомнѣнно являлись образованіями вторичными—простыми расширеніями венъ, въ другихъ же, болѣе рѣдкихъ случаяхъ, они были построены значительно сложнѣе, а по гистологической картинѣ и, отчасти, по своему происхожденію, очень напоминали гемангіомы.

Наличность обособленныхъ ангіоматозныхъ участковъ въ нѣкоторыхъ опухоляхъ указываетъ, по моему мнѣнію, на одинаковое происхожденіе и самихъ опухолей, и ихъ сосудистаго компонента; быть можетъ, оба вида этихъ новообразованій развиваются на почвѣ избыточной или неправильной внутриутробной закладки различныхъ тканевыхъ элементовъ, въ томъ числѣ и сосудистыхъ.

ГЛАВА XXXII.

Образованіе гемангіомъ въ пересаженной зародышевой ткани.

Въ доступной для меня литературѣ я нашелъ указанія на образованіе гемангіомъ при пересадкѣ зародышевой ткани только въ работахъ *Н. Н. Петрова* (1908)[1]) и барона *М. М. Тизенгаузена* (1910)[2]).

Петровъ, повидимому, первый описалъ въ яичкѣ морской свинки кавернозную гемангіому, найденную имъ черезъ 25 недѣль послѣ произведенной прививки въ яичко эмульсіи изъ цѣлаго зародыша морской свинки въ тепломъ физіологическомъ растворѣ поваренной соли и черезъ недѣлю послѣ того, какъ яичко было раздавлено.

При макроскопическомъ изслѣдованіи *Петровъ* нашелъ въ разрѣзанномъ яичкѣ, вблизи его придатка, краснаго цвѣта „поле“ („Feld“)[3]), продольной формы, размѣрами 3 × 10 mm. При микроскопическомъ изслѣдованіи это „поле“ оказалось сосудистымъ образованіемъ („angiomartiges Gebilde“)[4]), состоящее изъ многочисленныхъ тонко- и толстостѣнныхъ сосудовъ, заложенныхъ среди остатковъ сильно перерожденной ткани яичка и среди воспаленной жировой и соединительной ткани.

Въ виду отсутствія какихъ-либо другихъ разрастаній

---

[1]) *Petrow.* Experimentelle Embryonalimpfungen. Ein Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten. Z. Beitr. 1908. XLIII. p. 1—42.

[2]) Баронъ *М. Тизенгаузенъ.* Къ вопросу объ этіологіи опухолей. Опыты съ пересадкой зародышевой ткани. Одесса. 1910.

[3]) *Petrow.* l. c. p. 37.

[4]) *Онъ-же.* l. c. ibidem.

впрыснутой эмбріональной ткани, *Петровъ* не могъ съ достовѣрностью рѣшить вопросъ, произошла ли описанная имъ кавернозная гемангіома изъ впрыснутой эмбріональной ткани, или изъ сосудовъ яичка. „Rings herum...“, пишетъ авторъ, „keine sicheren embryonalen Abkömmlinge, deshalb muss die Herkunft des Angioms aus Embryonalzellen oder aus alten Hodengefässen als unbestimmt angesehen werden“ [1]) и далѣе: „Keine anderweitigen sicheren Abkömmlinge embryonaler Gewebe zu verzeichnen. Deshalb muss es dahingestellt bleiben, ob die angiomartige Wucherung aus der eingespritzten Embryonalaufschwemmung oder aus den Hodengefässen entstanden ist“ [2]).

Я нарочно привелъ подробныя цитаты изъ работы *Петрова*, во-первыхъ, чтобы показать, насколько бываетъ трудно и даже иногда невозможно установить генезъ сосудистыхъ новообразованій, и, во-вторыхъ, чтобы показать, насколько трудна ихъ классификація и номенклатура. Послѣднее видно изъ того, что *Петровъ* описанное имъ образованіе называетъ то „kavernöses Angiom“ [3]), то просто „Angiom“ [3]), то „angiomartiges Gebilde“ [4]), то, наконецъ, „angiomartige Wucherung“ [4]).

Баронъ *М. М. Тизенгаузенъ* считалъ развитіе сосудистыхъ опухолей при пересадкѣ зародышевой ткани куръ вполнѣ возможнымъ, но, повидимому, не частымъ явленіемъ. Въ „положеніяхъ“ къ своей диссертаціи онъ подъ № 9-ымъ пишетъ: „Въ нѣкоторыхъ смѣшанныхъ разрастаніяхъ получается развитіе образованій съ характеромъ аденомъ, лимф-и гемангіомъ, а также саркомоподобной ткани“.

Въ пользу рѣдкости образованія опухолей съ характеромъ сосудистыхъ при прививкѣ зародышевой ткани говоритъ тотъ фактъ, что среди очень многочисленныхъ (241) опытовъ, приведенныхъ барономъ *М. М. Тизенгаузеномъ*, только въ нѣкоторыхъ (напримѣръ, въ сл. 59, 71, 104, 128 и др.) отмѣчено большое количество сосудовъ (сл. 104 и 128),

---

[1]) *Онъ-же.* l. c. p. 23.

[2]) *Онъ-же.* l. c. p. 37.

[3]) *Онъ-же.* l. c. p. 23.

[4]) *Онъ-же.* l. c. p. 37.

или разрастаніе сосудовъ въ видѣ мелкихъ полостей (сл. 59 и 71), при чемъ относительно обоихъ послѣднихъ случаевъ авторъ склоняется скорѣе въ пользу того, что „полости можно считать за расширенные и разросшіеся лимфатическіе сосуды“ [1]. Лишь одинъ разъ (сл. 59) барономъ *М. М. Тизенгаузеномъ* отмѣчено образованіе гемангіомы: „Далѣе“, пишетъ баронъ *М. М. Тизенгаузенъ*, „въ костномозговой полости одного костнаго участка развилось атипическое разрастаніе кровеносныхъ сосудовъ съ характеромъ ангіомы“ [2].

Въ виду отсутствія другихъ, доступныхъ мнѣ, работъ объ искусственномъ развитіи гемангіомъ и въ виду неопредѣленности въ этомъ смыслѣ результатовъ работъ обоихъ выше приведенныхъ авторовъ, собственно и не имѣвшихъ въ виду добиться развитія именно сосудистыхъ опухолей, представляло, несомнѣнно, большой интересъ произвести нѣсколько экспериментовъ съ цѣлью попытаться вызвать образованіе изъ зародышевой ткани именно гемангіомъ. Однако изъ цитированныхъ мною выше результатовъ многочисленныхъ опытовъ барона *М. М. Тизенгаузена* видно, что при пересадкѣ зародышевой ткани вообще развитіе сосудистыхъ образованій наблюдается лишь чрезвычайно рѣдко. Поэтому я, по совѣту глубокоуважаемаго моего учителя, профессора *Д. П. Кишенскаго*, избралъ нѣсколько иной путь и произвелъ съ 19. II. 1910 г. по 28. III. 1910 г. рядъ опытовъ съ пересадкой только сосудистой ткани. Такою тканью является *сосудистое поле* (area vasculosa) куринаго зародыша, состоящее изъ многочисленныхъ тонкостѣнныхъ сосудистыхъ каналовъ капиллярнаго типа.

Матеріалъ для пересадки приготовлялся изъ сосудистыхъ полей [3]) или изъ свѣжеснесенныхъ яицъ собственныхъ куръ, или, чаще, изъ яицъ, купленныхъ на рынкѣ. Яйца подвергались насиживанію искусственнымъ образомъ въ термостатѣ Roux при температурѣ 38° С. Они помѣщались (на ватѣ) въ деревянномъ ящикѣ на верхней полкѣ термостата.

---

[1]) Баронъ *М. Тизенгаузенъ*. l. c. p. 248; см. также p. 120.

[2]) *Онъ-же*. l. c. p. 243.

[3]) Только въ двухъ случаяхъ я для пересадки воспользовался сердцемъ куринаго зародыша, взятаго на девятый день насиживанія.

На нижней полкѣ термостата находился широкій сосудъ съ водой во избѣжаніе чрезмѣрной сухости воздуха въ термостатѣ.

На третій (въ двухъ случаяхъ), четвертый (въ двухъ случаяхъ), на пятый (въ 34 случаяхъ)[1]) и девятый (въ четырехъ случаяхъ) день насиживанія яицъ скорлупа послѣднихъ осторожно отдѣлялась и затѣмъ изолировалось сосудистое поле, которое захватывалось пинцетомъ и отрѣзалось ножницами отъ зародыша и отъ желтка[2]). При опытахъ во всѣхъ случаяхъ обращалось вниманіе на наличность ясно замѣтныхъ и правильныхъ сердечныхъ сокращеній у зародыша, что указывало на жизнеспособность послѣдняго.

Въ семи случаяхъ сосудистое поле непосредственно вносилось на мѣсто пересадки (въ брюшную полость, въ переднюю камеру глаза, въ разрѣзанныя мышцы). Въ одиннадцати случаяхъ сосудистое поле помѣщалось въ сосудъ съ теплымъ стерилизованнымъ физіологическимъ растворомъ поваренной соли, оттуда набиралось въ шприцъ (безъ иглы), а затѣмъ, по удаленіи излишней жидкости, впрыскивалось животному при помощи иглы съ широкимъ (около 1 mm.) діаметромъ. Въ остальныхъ (24-хъ) случаяхъ къ физіологическому раствору поваренной соли прибавлялся поровну 4% растворъ этиловаго эфира (aether sulfuricus) въ дистиллированной водѣ или же сосудистое поле прямо смѣшивалось съ послѣднимъ растворомъ.

Прибавленіе *эфира* производилось мною въ виду указаніи цѣлаго ряда авторовъ на ускоряющее и усиливающее ростъ дѣйствіе этого препарата на всевозможныя ткани.

Какъ извѣстно, впервые отмѣтили ускореніе и измѣненіе клѣточнаго роста водорослей (Spirogyra) подъ вліяніемъ растворовъ эфира *Pfeffer* (1899)[3]) и его ученикъ *Nathanson*. Такого же характера резуль-

---

[1]) Большое число опытовъ съ сосудистымъ полемъ пятидневныхъ зародышей было произведено въ виду того, что, по барону *М. М. Тизенгаузену*: „Въ опытахъ на курахъ наилучшіе результаты при пересадкѣ даютъ 5-ти дневные зародыши“. (l. c. p. 205, а также p. 126 и положеніе № 4).

[2]) Всѣ манипуляціи надъ сосудистымъ полемъ и надъ курицами во время операцій (см. ниже) производились съ соблюденіемъ правилъ асептики.

[3]) *Pfeffer*. Über die Erzeugung und die physiologische Bedeutung der Amitose. Bericht d. math. phys. Classe d. K. Sächs. Ges. d. Wissenschaften zu Leipzig. 1899.

таты подъ вліяніемъ дѣйствія эфира получили *Johannsen* (1900)[1] и *Molisch* (1908)[2] въ опытахъ на растеніяхъ (Corylus avellana, лещина, Sambucus nigra, бузина), *Häcker* (1899 1900)[3] въ опытахъ на безпозвоночныхъ (Cyclops brevicornis), *Reinke* (1906[4]), 1907[5])[6])[7]), 1908)[8]) въ опытахъ на хладнокровныхъ (Salamandra maculosa, саламандра пятнистая) и, наконецъ, *Askanazy* (1909)[9]) въ опытахъ на млекопитающихъ (Mus rattus, крыса домашняя).

Послѣдній авторъ смѣшивалъ растертые зародыши крысъ съ 1 cm.^{3} 4—5% раствора эфира въ водѣ и сейчасъ же впрыскивалъ полученную эмульсію опытному животному. Послѣ этого онъ наблюдалъ необычно усиленный ростъ впрыснутыхъ тканей: („Nie habe ich bisher“, пишетъ *Askanazy*, „auch bei schwangeren Tieren nicht, so schnell wachsende und gleich grosse subcutane Teratoide gesehen“)[10]). однако ни разу ему не удалось замѣтить развитія истиннаго новообразованія (...„bisher hat die Proliferationssteigerung“, пишетъ тотъ же авторъ, „noch nicht zur Enstehung eines deutlichen Blastoms geführt...“)[11]). Но *Reinke*, *Askanazy*

---

[1]) *Johannsen*. Das Äther-Verfahren beim Frühtreiben der Fliedertreiberei. Jena. 1900. Цит. по: Reinke (1906), Askanazy (1909), Herxheimer и Reinke. 1909 10 (L.O.E. XIII/2. p. 415) и др.

[2]) *Molisch*. Wien. Sitzungsberichte. 1908. Цит. по: Meyer. Ueber die Beziehung zwischen den Lipoiden und pharmakologischer Wirkung. M.m. W. 1909. № 31. p. 1578.

[3]) *Häcker*. Mitosen im Gefolge amitosenähnlicher Vorgänge. Anatomischer Anzeiger. 1900. XVII. № 1. p. 9—20.

[4]) *Reinke*. Die Beziehungen des Lymphdruckes zu den Erscheinungen der Regeneration und des Wachstums. A. für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 1906. LXVIII. p. 252—278; p. 260.

[5]) *Онъ-же*. Ueber Antreibung und Hemmung mitotischer Zellteilungen beim normalen und pathologischen Wachstum der Gewebe. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1907. № 53. см. ниже [6]).

[6]) *Онъ-же*. Gelungene Transplantationen durch Aether erzeugter Epithelwucherungen der Linse des Salamanders. M.m.W. 1907. № 48. p. 2381.

[7]) *Онъ-же*. Die quantitative und qualitative Wirkung der Ätherlymphe auf das Wachstum des Gehirns der Salamanderlarve. A. f. Entwicklungsmechanik der Organismen. 1. 1907. XXIV.

[8]) *Онъ-же*. Durch Äther erzeugte, atypische Entwicklung des Gehirns der Salamanderlarve. II. A. f. Entwicklungsmechanik der Organismen. 1908. XXVI. p. 89—107.

[9]) *Askanazy*. Die Resultate der experimentellen Forschung über teratoide Geschwülste. W. m. W. 1909. № 43. столб. 2514—2517 и № 44., столб. 2577—2582.

[10]) *Askanazy*. l. c. столб. 2579.

[11]) *Онъ-же*. l. c. ibidem.

и др., эфиръ способствуетъ ускоренію клѣточнаго роста, благодаря своему свойству растворять липоидные элементы клѣтокъ.

Иногда сосудистое поле растиралось въ ступкѣ, въ большинствѣ же случаевъ я старался сохранить элементы сосудистаго поля въ цѣлости, насколько это было возможно при насасываніи его въ шприцъ и при впрыскиваніи черезъ иглу [1]).

Въ качествѣ объекта для пересадокъ служили мнѣ девять курицъ (породы Gallus domesticus). Въ большинствѣ случаевъ производились одновременныя множественныя пересадки въ различныя мѣста организма куръ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ того, повторныя пересадки сосудистаго поля одному и тому же животному, имѣя въ виду, что при повторныхъ пересадкахъ можно, по *Wilms*'у (1904) [2]) и *Askanazy* (1907) [3]), разсчитывать на пониженіе сопротивляемости со стороны организма опытныхъ животныхъ по отношенію къ вводимымъ имъ зародышевымъ тканямъ. („Vielleicht", пишетъ *Askanazy*, „beruht die Disposition auf einer geringeren Fähigkeit zur Bildung von Antikörpern (Isolysinen) gegen das inokulierte embryonale Gewebe...") [4]).

Пересадки сосудистаго поля (per se или въ видѣ эмульсіи, цѣликомъ или частичныя) и измельченнаго сердца были сдѣланы въ слѣдующія мѣста: въ переднюю камеру глазу (въ четырехъ [5]) случаяхъ), въ брюшную полость (въ 13-ти случаяхъ), въ грудныя мышцы (въ 21-омъ случаѣ) и въ подкожную клѣтчатку (въ четырехъ случаяхъ).

Вскрытіе курицъ, убитыхъ перерѣзкой шеи, было мною

---

[1]) Сердце зародыша было пересажено мною въ двухъ случаяхъ измельченнымъ механическимъ путемъ въ эмульсіи въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли.

[2]) *Wilms.* Wachstum embryonaler Implantation und Geschwulstbildung. P. G. 1904. VIII/2. p. 79.

[3]) *Askanazy.* Die Teratome nach ihrem Bau, ihrem Verlauf, ihrer Genese und im Vergleich zum experimentellen Teratoid. P. G. 1907. XI. p. 39—82.

[4]) *Онъ-же.* l. c. 1907 p. 79.

[5]) Въ двухъ случаяхъ эта операція была произведена глубокоуважаемымъ барономъ *М. М. Тизенгаузеномъ,* которому за это я приношу мою благодарность.

произведено на 5, 6, 7, 10. 12, 13, 16, 17, 21, 28, 32 и 44 день послѣ пересадки.

Шесть куръ за все время производства опытовъ были совершенно здоровы, охотно принимали кормъ и замѣтно увеличились въ вѣсѣ [1]).

У одной изъ куръ, не несшейся, все время существовала большая, довольно плотной консистенціи опухоль, которая при вскрытіи оказалась состоящей изъ задержанныхъ яицъ, подвергающихся разсасыванію [2]). Другая курица во время опыта прогрессивно худѣла, при вскрытіи же были найдены въ различныхъ органахъ многочисленные туберкулезные узелки съ казеознымъ распадомъ въ центрѣ. Наконецъ, послѣдняя курица погибла отъ случайнаго раненія.

Мною произведено 42 опыта пересадки зародышевой ткани въ организмъ куръ. Въ 12-ти случаяхъ при ихъ вскрытіи не было найдено какихъ-либо слѣдовъ отъ введенныхъ тканей, въ 30-ти же были найдены различной величины участки разсасывающихся элементовъ пересаженнаго сосудистаго поля. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти участки были шаровидной формы, величиной отъ чечевицы, рѣдко, до горошины, коричневато-желтаго или буро-краснаго цвѣта. Нѣкоторыя изъ такихъ образованій на брюшинѣ прикрѣплялись при посредствѣ тонкой ножки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи описанныхъ участковъ мнѣ ни разу не удалось обнаружить новообразованія сосудистой ткани. Обычно открывались остатки пересаженной ткани, главнымъ образомъ перерожденные красные кровяные шарики и кучки кровяного пигмента, а также участки круглоклѣточнаго инфильтрата.

Въ виду отрицательнаго результата, полученнаго послѣ поставленныхъ мною опытовъ, не приводятся ни подробныя описанія опытовъ, ни протоколы вскрытій, ни описанія произведенныхъ микроскопическихъ изслѣдованій.

---

[1]) При покупкѣ на рынкѣ курицы были довольно худы.

[2]) Подробное описаніе этой опухоли приведено въ моей работѣ: „Къ казуистикѣ ложныхъ опухолей у курицъ". Сборникъ трудовъ, посвященный проф. И.Н.У. *Д. П. Кишенскому* въ день двадцатипятилѣтія его научно-преподавательской дѣятельности. Одесса. 1910. p. 283—296.

Резюмируя вышеизложенное, нужно придти къ заключенію, что путемъ пересадки сосудистаго поля куринаго зародыша per se или въ эмульсіи съ $4^{0}/_{0}$ растворомъ эфира въ организмъ взрослой курицы, повидимому, не удается получить не только новообразованія сосудовъ и развитія сосудистыхъ опухолей, но даже и сохраненія на болѣе или менѣе продолжительное время впрыснутой зародышевой ткани.

Объяснить такую нестойкость сосудистаго поля куринаго зародыша можно, по моему мнѣнію, можетъ быть, тѣмъ, что сосудистое поле, по своему назначенію служить сосудистой системой лишь въ опредѣленный періодъ существованія зародыша, само въ скоромъ времени подвергается обратному развитію и постепенно исчезаетъ. Легко допустить, что въ виду такого обязательнаго обратнаго развитія, сосудистое поле куринаго зародыша состоитъ изъ новообразованныхъ кровеносныхъ полостей и сосудовъ, энергія роста которыхъ съ самаго начала ихъ развитія является незначительной.

Общій обзоръ и выводы.

Имѣя передъ собой съ одной стороны многочисленныя литературныя данныя относительно патологической анатоміи гемангіомъ, а съ другой стороны результаты моихъ собственныхъ изслѣдованій цѣлаго ряда случаевъ, я не могу не повторить сдѣланнаго уже мною раньше (см. стр. 44, 556 и др.) вывода, что до настоящаго времени не удалось найти для гемангіомъ общепринятое *опредѣленіе*. Такая невозможность опредѣленія зависитъ, несомнѣнно, отъ того, что въ патологіи пока не существуетъ общепринятаго и точнаго научнаго опредѣленія вообще всего отдѣла опухолей—новообразованій, что въ свою очередь объясняется отсутствіемъ ясныхъ данныхъ относительно этіологіи всѣхъ тѣхъ патологическихъ процессовъ, которые причисляются къ данному отдѣлу. Нѣтъ, по моему мнѣнію, сомнѣнія въ томъ, что въ настоящее время какъ весь отдѣлъ новообразованій, такъ и его подотдѣлы являются сборными, такъ какъ въ каждомъ изъ нихъ въ сущности сосредоточены разнаго характера процессы, по своему происхожденію принципіально отличные другъ отъ друга. Въ пользу приведеннаго мнѣнія, неоднократно, какъ мы видимъ, высказаннаго многими патолого-анатомами, говоритъ и тотъ историческій фактъ, что, по мѣрѣ развитія нашихъ знаній по патологіи, число процессовъ, причислявшихся прежде къ „новообразованіямъ“, постепенно сократилось. Такъ, сравнительно недалеко еще то время, когда *Rudolf Virchow* (1863—1865) къ опухолямъ относилъ слѣдующіе, совершенно различные по своей сущности процессы: гематомы, hydrocele, гигромы и гангліи, кисты, сифилитическія и туберкулезныя грануломы, тифозную инфильтрацію Пейеровыхъ бляшекъ, лепрозные узлы и т. д.

Что касается въ частности гемангіомъ, то и къ нимъ, повидимому, многими авторами причислялись, да еще и теперь причисляются, процессы самаго различнаго происхожденія (травматическаго, воспалительнаго и иного). Въ виду невозможности точно установить, какіе процессы должны быть причислены къ гемангіомамъ, большинство авторовъ, занимавшихся этими опухолями, начиная съ *Virchow*'а и кончая *Borst*'омъ (1911) и др., старались выяснить, какіе патологическіе процессы должны быть исключены изъ числа гемангіомъ. *Virchow* выдѣлилъ въ особую главу кровяныя опухоли („Blutgeschwülste, Hämatome“), послѣдующіе же авторы стали постепенно исключать изъ числа гемангіомъ цѣлый рядъ образованій, которыя *Virchow*'ымъ еще приводились въ числѣ гемангіомъ. Болѣе подробныя свѣдѣнія по этому поводу приведены мною въ главахъ III (см. стр. 47), VI (см. стр. 76, 188 и др.), IX (см. стр. 256, 258 и др.), XII (см. стр. 337), XIII (см. стр. 367), XIV (см. стр. 379, 385, 405 и др.), XVII (см. стр. 509, 519, 543) и др.

Въ главахъ же XXI (см. стр. 665, 692, 693 и др.), XXIV, XXV, XXVI (см. стр. 856) и XXXI мною приведены изслѣдованія собственныхъ случаевъ такъ называемыхъ ложныхъ ангіомъ[1]), а также другихъ образованій, на основаніи изученія которыхъ я пришелъ къ выводу, что къ „*истиннымъ*“ гемангіомамъ слѣдуетъ относить только *врожденныя* гемангіомы (см. стр. 562), при чемъ въ главѣ XIX мною указаны различные доводы за и противъ такого заключенія. Въ той же главѣ XIX (см. стр. 563 и др.), перечислены всѣ тѣ образованія, которыя, по моему мнѣнію, не слѣдуетъ причислять къ гемангіомамъ, resp. къ истиннымъ гемангіомамъ.

Несмотря на то, что такимъ образомъ исключаются изъ числа сосудистыхъ опухолей очень многія спорныя образованія, все же приходится сознаться, что и для остающихся гемангіомъ чрезвычайно затруднительно установить раціональную *классификацію:* впредь до выясненія этіологіи гемангіомъ нѣтъ возможности выработать научно обоснованную

---

[1]) Для всѣхъ тѣхъ процессовъ, которые симулируютъ гемангіомы, мною сохранено названіе „ложныя ангіомы“, введенное *Virchow*'ымъ (см. стр. 557).

классификацію даже тѣхъ образованій, которыя большинствомъ современныхъ патолого-анатомовъ причисляются къ гемангіомамъ. Поэтому приходилось довольствоваться подраздѣленіемъ гемангіомъ, основаннымъ на чисто морфологическихъ признакахъ, при чемъ мною было сохранено (см. стр. 66), насколько это оказалось возможнымъ, установленное еще *Virchow*'ымъ (см. стр. 13) дѣленіе гемангіомъ на простыя, кавернозныя и рацемозныя. Это дѣленіе принято большинствомъ авторовъ (см. стр. 24) и легло также въ основу почти всѣхъ попытокъ дать болѣе подробную номенклатуру гемангіомъ.

Уже во время печатанія настоящей работы появилась статья проф. *Н. Н. Петрова:* „Попытка номенклатуры опухолей“ [1]). Въ основу своей классификаціи этотъ авторъ также положилъ морфологическіе признаки, а именно или принадлежность клѣтокъ опухолей къ болѣе зрѣлымъ элементамъ того или другого гистологическаго типа (созрѣвающая или дозрѣвающая опухоль — maturans) или же принадлежность опухолевыхъ клѣтокъ къ совершенно незрѣлымъ или „недозрѣлымъ (недодифференцировавшимся)“ клѣточнымъ элементамъ (опухоль несозрѣвающая или незрѣющая—immaturans).

Хотя дѣленіе опухолей вообще на классы, соотвѣтственно гистологическому строенію ихъ паренхимы, и оставлено *Петровымъ* прежнимъ, тѣмъ не менѣе номенклатура, имъ предложенная, представляетъ большой интересъ: во-первыхъ, уничтожается дѣленіе опухолей на доброкачественныя и злокачественныя (см. также стр. 47, 552 и др.), во-вторыхъ, не всегда ясные и точные термины (fibrosarcoma, sarcoma endotheliale, perithelioma, cylindroma и др.) замѣняются болѣе понятными и, въ третьихъ, благодаря установленію принципа, общаго для всѣхъ классовъ, значительно облегчается подраздѣленіе каждаго отдѣльнаго класса опухолей на подклассы. Однако, помимо указанныхъ двухъ группъ (созрѣвающихъ и не созрѣвающихъ опухолей), *Петрову* пришлось установить третью, въ которой имѣется сочетаніе зрѣлой и

---

[1]) *Петровъ.* Попытка номенклатуры опухолей. Р. В. 1912. 20-го октября. № 42. р. 1745—1750.

незрѣлой („совершенно атипической") опухоли. Кромѣ того „съ цѣлью поставить вопросъ въ болѣе широкія рамки" *Петровъ* включаетъ еще слѣдующія группы: 4) „нѣкоторыя родственныя опухолямъ состоянія (дистопіи безъ роста)", 5) „системныя заболѣванія" и 6) „неопухолевыя гиперплазіи".

Всѣ перечисленныя шесть группъ встрѣчаются, по *Петрову*, и среди гемангіомъ.

1) Къ *дистопіямъ безъ роста*, которыя онъ предлагаетъ назвать dystopia vascularis, а не angiomatosa, (hamartoma angioplasticum *Albrecht*'а) *Петровъ* относитъ телеангіэктазіи въ кожѣ и каверномы въ печени.

2) *Зрѣющими ангіомами* (haemangioma maturans) являются, по этому автору, опухоли, состоящія изъ а) капилляровъ (h. simplex)[1]), b) пещеристыхъ полостей (h. cavernosum), c) кистовидныхъ полостей, открывающихся въ просвѣтъ большой вены (h. venosum, cysticum, по другимъ phleboma, venoma), и d) петлисто-извитыхъ артерій (h. arteriale plexiforme). Особое вниманіе обращаетъ *Петровъ* на то, что во всѣхъ перечисленныхъ опухоляхъ эндотеліальная выстилка представляется однорядной.

3) Къ *незрѣющимъ ангіомамъ* (haemangioma inmaturans) *Петровъ* причисляетъ тѣ формы, гдѣ не всѣ ангіобласты образуютъ сосуды: а) haemangioma hypertrophicum *Ziegler*'а (полости выстланы нѣсколькими рядами эндотелія), b) haemangio-endothelioma[2]) (на ряду съ полыми кровеносно-сосудистыми образованіями видны и солидные тяжи эндотелія), и c) многія „бьющія «саркомы» костей".

4) *Саркома въ ангіомѣ* и сосудистая саркома (sarcoma in angiomate) представляютъ собой, по *Петрову*, совершенно атипичную, обильную клѣтками опухоль, выросшую въ ангіомѣ (въ какой, не сказано).

5) Къ *системной болѣзни* (oncosis angiomatosa) *Петровъ* относитъ множественныя ангіомы въ кожѣ, въ мышцахъ и другихъ органахъ.

6) Наконецъ, *гиперплазія сосудовъ*, наблюдающаяся, по *Петрову*, очень часто при различныхъ воспалительныхъ и новообразовательныхъ процессахъ, должна, по тому же автору, обозначаться не терминомъ „angiomatosa", а терминами „vasculosa" или „angiectodes".

Я почти дословно цитировалъ подробности номенкла-

---

[1]) По *Петрову*, haemangioma maturans capillare могла бы также быть названа angio-endothelioma maturans, такъ какъ въ этихъ опухоляхъ новообразующійся эндотелій достигаетъ своего естественнаго завершенія, выстилая полости или сосуды. Однако авторъ предлагаетъ ограничиться первымъ терминомъ.

[2]) Если недозрѣваніе выражено сильнѣе, но все же нѣкоторые эндотеліальные отростки складываются въ правильные кровеносные сосуды, то такая опухоль должна, по *Петрову*, быть названа endothelioma (immaturans) haemangiogenes.

туры, предложенной *Петровымъ* для гемангіомъ въ частности, такъ какъ она, насколько мнѣ извѣстно, представляетъ новѣйшую попытку дать наиболѣе раціональную классификацію этихъ опухолей.

Номенклатура *Петрова* является чрезвычайно полезной и удачной попыткой выработать однообразные термины для обозначенія различныхъ разновидностей опухолей. Однако, при пользованіи ею, несомнѣнно, возникаютъ значительныя какъ теоретическія, такъ и практическія затрудненія. Да и самъ авторъ указываетъ, что „въ современной онкологіи строго-раціональная номенклатура недостижима, ибо основныя свойства опухолей выяснены недостаточно. . . “ [1]). Такъ, по моему мнѣнію, нѣтъ достаточныхъ основаній выдѣлять „системную болѣзнь“ въ отдѣльную группу, такъ какъ этіологическіе моменты при появленіи одной или многихъ опухолей могутъ быть одни и тѣ же. Не говорю уже о томъ, что самое понятіе „системы“ не точно установлено. Вѣдь „системная болѣзнь“ соотвѣтствуетъ „onkosis'у“ *Albrecht*'а и, повидимому, „плурицентрическимъ“ опухолямъ *Hansemann*'а (см. стр. 546), а этими названіями обозначается развитіе множественныхъ узловъ одной и той же опухоли въ одномъ органѣ. А если одиночные или множественные узлы одной и той же опухоли появятся, какъ это иногда наблюдается, въ различныхъ органахъ, то спрашивается, относить-ли такіе случаи къ „системнымъ“ заболѣваніямъ, или, что вѣроятнѣе, къ какимъ-нибудь инымъ, въ номенклатурѣ *Петрова* не предусмотрѣннымъ? Поставленный мной вопросъ имѣетъ, по моему мнѣнію, несомнѣнно raison d'être, такъ какъ неосновательно одиночнымъ гемангіомамъ противопоставлять только одну изъ нѣсколькихъ группъ множественныхъ (см. гл. XVIII, стр. 546 и др.). Далѣе подъ рубрику „системная болѣзнь“ подходятъ только множественныя гемангіомы опредѣленной разновидности, въ случаѣ же нахожденія нѣсколькихъ гемангіомъ различнаго строенія въ номенклатурѣ также не окажется отдѣльнаго названія.

Изъ сказаннаго видно, что съ теоретической точки зрѣнія выдѣленіе „системной болѣзни“ является необоснованнымъ.

---

[1]) *Петровъ*. l. c. p. 1746.

Еще большія затрудненія возникаютъ на дѣлѣ при попыткахъ классифицировать различные виды гемангіомъ соотвѣтственно остальнымъ группамъ, установленнымъ *Петровымъ*. Такъ, по моему мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ очень трудно, а иногда и невозможно высказаться, должна ли изслѣдуемая опухоль быть отнесена къ дистопіямъ безъ роста или къ незрѣющимъ гемангіомамъ. Дѣло въ томъ, что во многихъ случаяхъ невозможно установить, имѣемъ ли мы передъ собой опухоль, совершенно не ростущую (дистопію безъ роста), или остановившуюся въ ростѣ (въ схемѣ *Петрова* не упомянутую), или же окончательно закончившую свой ростъ (зрѣющую гемангіому). Напомню, что на затруднительность установленія патолого-анатомической классификаціи на основаніи наличности или отсутствія роста опухолей, мною было уже указано раньше (см. стр. 561 и др.).

Далѣе чрезвычайно трудно уловить границу между haemangioma capillare maturans (endothelioma maturans) и immaturans (haemangioendothelioma и endothelioma haemangiogenes), такъ какъ въ капиллярныхъ гемангіомахъ процессъ разрастанія эндотелія обычно ясно замѣтенъ. Установленіе же интенсивности роста зависитъ отъ субъективнаго взгляда каждаго изслѣдователя, что опять таки легко ведетъ къ путаницѣ.

Принимая во вниманіе все вышесказанное, я прихожу къ выводу, что номенклатура *Петрова*, представляя собой, несомнѣнно, шагъ впередъ въ смыслѣ установленія общей для всѣхъ классовъ опухолей схемы подраздѣленія различныхъ ихъ разновидностей, въ примѣненіи къ гемангіомамъ также грѣшитъ цѣлымъ рядомъ недостатковъ, свойственныхъ вообще классификаціямъ, построеннымъ на морфологическихъ признакахъ.

Имѣя это въ виду, а также и то, что, во-первыхъ, номенклатура *Петрова* пока еще никѣмъ не принята и, что, во-вторыхъ, мною въ началѣ работы было для удобства изложенія сохранено въ общихъ чертахъ дѣленіе *Virchow*'а, я и въ дальнѣйшемъ изложеніи также буду держаться послѣдней, пока общепринятой, классификаціи.

Упомяну тутъ же, что, такъ какъ очень многіе выводы уже сдѣланы мною въ различныхъ отдѣлахъ моей работы

и большею частью изложены въ концѣ каждой главы, то въ послѣдующемъ я ограничусь только заключеніями наиболѣе общаго характера, не вдаваясь, по мѣрѣ возможности, въ частности.

Прежде всего я коснусь двухъ вопросовъ, общихъ для всѣхъ видовъ гемангіомъ: во-первыхъ, вопроса о частотѣ нахожденія этихъ опухолей и, во-вторыхъ, вопроса о томъ, всѣ ли органы человѣческаго тѣла поражаются ими.

Статистическія данныя о гемангіомахъ чрезвычайно скудны и, повидимому, не точны. Тѣмъ не менѣе я, на основаніи цыфровыхъ данныхъ, приведенныхъ мною изъ литературы (см. главу IV), пришелъ къ выводу, что *гемангіомы являются не частой находкой, составляя въ среднемъ отъ 2—3% всѣхъ опухолей и около 7% всѣхъ доброкачественныхъ опухолей.*

Что же касается вопроса о томъ, всѣ ли органы человѣческаго тѣла поражаются гемангіомами, то *Mauclaire и de Bovis* указали, что гемангіомы не были найдены въ плеврахъ, яичкѣ, хрящевой ткани и въ нервной мякоти („Les plèvres, le testicule, le tissu cartilagineux, la moelle nerveuse“, пишутъ упомянутые авторы, „sont peut-être les seuls organes qui ne présentent pas d'angiome, d'après les observations publiées jusqu'ici[1]).

На основаніи изученія современной литературы я долженъ нѣсколько измѣнить выводъ *Mauclaire и de Bovis*'а. Теперь уже описаны, хотя и въ качествѣ чрезвычайно рѣдкихъ находокъ, гемангіомы въ плеврѣ (см. стр. 356), въ яичкѣ (см. стр. 372) и въ периферическихъ нервахъ (см. стр. 541). Однако и теперь существуетъ рядъ органовъ, въ которыхъ, насколько мнѣ извѣстно, развитіе гемангіомъ никѣмъ еще не описано. Такъ, напримѣръ, гемангіомы не описаны во многихъ железахъ (въ поджелудочной, предстательной, щитовидной, потовыхъ, сальныхъ, зобной, шишковидной, каротидной, gl. Luschka и др.), въ пищеводѣ, въ мочеточникахъ, въ сѣменныхъ пузырькахъ и сѣменномъ канатикѣ, въ круглыхъ связкахъ матки, въ слезныхъ мѣшкахъ и т. д. Въ цѣломъ рядѣ другихъ органовъ, хотя и описаны гемангіомы,

---

[1]) *M.B.* p. 16.

но эти случаи являются въ значительной степени сомнительными, такъ какъ микроскопическое изслѣдованіе такихъ опухолей или совсѣмъ не производилось, или же оно представляется слишкомъ недостаточнымъ (см. гемангіомы сердца, половыхъ органовъ, носа и т. д.).

Тѣмъ не менѣе нахожденіе гемангіомъ во всѣхъ перечисленныхъ органахъ является, на мой взглядъ, лишь вопросомъ времени и стеченія благопріятныхъ обстоятельствъ, ибо, если развитіе гемангіомъ въ нихъ, повидимому, бываетъ исключительно рѣдкимъ, то оно во всякомъ случаѣ теоретически вполнѣ возможно. Дѣло въ томъ, что развитіе гемангіомъ, по понятнымъ причинамъ, тѣсно связано съ развитіемъ сосудистой системы, которая во всѣхъ упомянутыхъ мною органахъ существуетъ.

Изъ сказаннаго можно вывести заключеніе, что *развитіе гемангіомъ возможно во всѣхъ, повидимому, органахъ и тканяхъ, за исключеніемъ роговой оболочки и хряща* [1]).

Послѣ приведенныхъ общихъ замѣчаній, перейду къ изложенію заключеній, сдѣланныхъ мною относительно каждой изъ трехъ подгруппъ гемангіомъ въ отдѣльности.

а) Простыя капиллярныя гемангіомы встрѣчаются не часто и далеко не во всѣхъ органахъ. Изъ собранныхъ мною литературныхъ данныхъ оказывается, что наиболѣе часто онѣ описаны въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ (см. стр. 138, 139, 143, 149, 166, 180 и др.), при чемъ число опухолей, подвергнутыхъ тщательному микроскопическому изслѣдованію, сравнительно ничтожно. Довольно много случаевъ простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ описано въ мышцахъ (см. стр. 215, 235 и др.), въ околоушной железѣ (см. стр. 251) и, по нѣкоторымъ авторамъ, въ послѣдѣ (см. стр. 406 и 408). Наконецъ, единичные случаи описаны въ кости (см. стр. 202), въ печени (см. стр. 279), въ желудкѣ (см. стр. 255), въ почечной капсулѣ (см. стр. 362), въ грудной железѣ (см. стр. 392), въ головномъ мозгу (см. стр. 419), въ различныхъ отдѣлахъ

[1]) „Cornea und Knorpel sind zeitlebens gefässlos". *Evans, Minot, Sabin u. Tandler*. Die Entwicklung des Blutes, des Gefässsystems und der Milz. In *Keibell u. Mall*. Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. II. 1911. p. 564.

глаза (см. стр. 453, 464, 477 и 495) и въ нѣкоторыхъ другихъ органахъ. Среди изслѣдованныхъ мною случаевъ простыя капиллярныя гемангіомы встрѣтились лишь въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ (см. стр. 728), а также въ мягкихъ тканяхъ орбиты (см. стр. 884).

Микроскопическое строеніе „простыхъ" гемангіомъ какъ описанныхъ въ литературѣ, такъ и изслѣдованныхъ мною, является довольно разнообразнымъ, поскольку основа опухолей, ихъ „паренхима", какъ говоритъ *Петровъ*, въ различныхъ случаяхъ представляется неодинаковой. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ простыя гемангіомы состоятъ изъ капилляровъ, по строенію напоминающихъ нормальные, въ большинствѣ же случаевъ наряду съ капиллярными сосудами видны прекапиллярные и даже мелкіе артеріальные, наконецъ, въ иныхъ случаяхъ образуются кавернознаго характера полости. Затѣмъ большія различія по своему морфологическому виду представляетъ эндотелій, обычно выстилающій всѣ сосудистые просвѣты. Въ однѣхъ опухоляхъ онъ представляется въ видѣ плоскихъ, мало замѣтныхъ клѣтокъ, въ большинствѣ же случаевъ онъ состоитъ изъ сочныхъ клѣтокъ, имѣющихъ часто почти кубическую форму и расположенныхъ въ одинъ, два и даже болѣе рядовъ, наконецъ, во многихъ случаяхъ замѣтно существованіе плотныхъ тяжей и даже большихъ участковъ, сплошь состоящихъ изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Всѣ эти указанныя картины описаны какъ разными авторами (см. стр. 35, 143, 202, 251, 280, 357, 392 и др.), такъ и мною (см. сл. II, XXXI, XCIII, XCIV и др.).

Общимъ качествомъ для большинства простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ является ихъ быстрый и инфильтрирующій ростъ, а также то, что онѣ почти исключительно встрѣчаются въ болѣе молодомъ возрастѣ. Такъ, напримѣръ, изъ числа 30 капиллярныхъ гемангіомъ кожи, мышцъ и околоушной железы, собранныхъ мною изъ литературы, въ 14 случаяхъ опухоли были удалены до достиженія больными одного года, въ 8—до достиженія десяти и тоже въ 8 — до достиженія 30 лѣтъ. Въ собственномъ моемъ матеріалѣ простыя капиллярныя и прекапиллярныя гемангіомы были найдены у двухъ дѣтей 7 и 10 мѣсяцевъ, у двухъ

2-лѣтнихъ и только въ одномъ случаѣ (VIII) у мужчины 32 лѣтъ. Однако нужно отмѣтить, что и въ послѣднемъ случаѣ опухоль впервые была замѣчена, когда больному было 5 лѣтъ, при чемъ опухоль по изслѣдованіи оказалась смѣшаннаго характера (см. стр. 673).

Полъ больныхъ въ развитіи простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ, повидимому, не имѣетъ никакого значенія.

Большой интересъ представляетъ вопросъ о переходныхъ формахъ между простыми и кавернозными гемангіомами. Нѣкоторые авторы (*Unna* см. стр. 47, и др.) совершенно отрицаютъ возможность такихъ переходовъ и только допускаютъ, что въ простыхъ гемангіомахъ могутъ появляться отдѣльныя кавернозныя, т.е. варикозныя полости (см. стр. 36). Другіе авторы (*Rizzuto e Gomez*[1]) и др.) вполнѣ допускаютъ возможность наличности переходныхъ формъ, т. е. такихъ опухолей, которыя представляются одновременно построенными въ однихъ участкахъ по типу простыхъ гемангіомъ, въ другихъ — по типу кавернозныхъ, а въ третьихъ представляютъ смѣшанное строеніе. Наконецъ, авторы третьей группы (*Broca*[2]), *Klebs*[3]), *Rindfleisch*[4]), *Mauclaire u de Bovis*[5]), *Germe*[6]), *Rigaud*[7]), *Solieri*[8]) и др.) учатъ, что кавернозная гемангіома является послѣдующей стадіей развитія простыхъ гемангіомъ, т. е., другими словами, что, во-первыхъ, всякая простая гемангіома въ дальнѣйшемъ развитіи непремѣнно переходитъ въ кавернозную и, что, во-вторыхъ, кавернозная гемангіома можетъ образоваться только изъ

---

[1]) *Rizzuto e Gomez.* Angioma misto. Considerazioni sulla patogenesi del cavernoma. Riforma medica. 1901. II. № 57. см. L. O. E.

[2]) *Broca.* Traité des tumeurs. II. 1869. см. Quénu. In D.R.I. p. 491.

[3]) *Klebs* Die allgemeine Pathologie. 1886-1889. см. Rigaud. p. 21; см. стр. 216.

[4]) *Rindfleisch.* Elemente der Pathologie. 1896. см. стр. 216 и др.

[5]) *M.B.* p. 27.

[6]) *Germe.* Contribution à l'étude des angiomes primitifs des muscles striés. Thèse. Paris. 1900. p. 17.

[7]) *Rigaud.* Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitif. Thèse. Paris. 1903. p. 19.

[8]) *Solieri.* 1912. см. стр. 216, 229 и 602.

простой („L'angiome caverneux ou «cavernome»", пишутъ *Mauclaire u de Bovis*, „n'est qu'un stade plus avancé de l'angiome simple. La preuve n'en est plus à faire etc..." [1]). „L'angiome caverneux", говоритъ *Rigaud*, „n'est qu'une exagération de l'angiome simple. Entre ces deux états extrêmes d'une même formation pathologique il existe toute une série d'états intermédiaires" [2]).).

Отмѣчу, что во многихъ простыхъ гемангіомахъ какъ другими авторами (*Trappe* см. стр. 139, *Kolaczek* см. стр. 596, случай 62, *Solieri* см. стр. 602, и мн. др.), такъ и мною (см. сл. II, XCIV и др.) несомнѣнно установлена наличность полостей кавернознаго характера. Однако изъ этого наблюденія отнюдь не слѣдуетъ, что такія простыя гемангіомы находятся въ стадіи превращенія въ кавернозныя, и, тѣмъ болѣе, что всѣ кавернозныя гемангіомы развиваются изъ простыхъ. Противъ правильности послѣдняго мнѣнія лучше всего говоритъ то обстоятельство, что простыя гемангіомы встрѣчаются рѣдко, а кавернозныя значительно чаще. Между тѣмъ, въ случаѣ правильности взглядовъ авторовъ третьей группы, должны бы наблюдаться какъ разъ обратныя отношенія, тѣмъ болѣе, что, по этимъ же авторамъ, превращеніе простыхъ гемангіомъ въ кавернозныя не обязательно и имѣетъ мѣсто лишь при условіи дальнѣйшаго развитія (не всегда наступающаго) простыхъ гемангіомъ. Не менѣе вѣскимъ доводомъ противъ мнѣнія упомянутыхъ авторовъ является и то обстоятельство, что во многихъ внутреннихъ органахъ, въ которыхъ кавернозныя гемангіомы встрѣчаются довольно часто (въ особенности печень, а также селезенка, глазъ, мозгъ и др.), простыя гемангіомы или совершенно не наблюдаются, или же являются исключительно рѣдкими находками.

На основаніи изложеннаго я рѣшительно высказываюсь противъ мнѣнія, по которому кавернозныя гемангіомы непремѣнно развиваются изъ простыхъ. На основаніи собственныхъ изслѣдованій и изученія литературы я даже скажу, что кавернозныя гемангіомы, повидимому, лишь въ очень

---

[1]) *M.B.* p. 27.

[2]) *Rigaud.* l. c. p. 19.

рѣдкихъ случаяхъ образуются изъ простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ. Что касается несомнѣнно наблюдающихся такъ называемыхъ переходныхъ формъ (см., например, *табл.* IV, *рис.* 7), то такого характера гемангіомы представляютъ собой результатъ лишь одного изъ видовъ дальнѣйшаго разрастанія эндотеліальныхъ элементовъ (ангіобластовъ), изъ которыхъ почти исключительно состоятъ стѣнки простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ.

Обращаясь къ вопросу о сущности простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ, я напомню объ имѣющихся у насъ свѣдѣніяхъ относительно возникновенія сосудистой системы у зародыша. Изъ сравнительной эмбріологіи извѣстно [1] [2] [3] [4], во-первыхъ, что первичный сосудистый зачатокъ—„Angioblast" *His*'а (1900)—, происхожденіе котораго пока точно не выяснено, является первой ясно дифференцированной тканью зародыша, во-вторыхъ, что клѣтки, составляющія первичный сосудистый зачатокъ (ангіобласты), сохраняютъ полную самостоятельность повидимому, на всю жизнь, и, въ третьихъ, что всѣ эндотеліальныя клѣтки, выстилающія сосуды, происходятъ изъ клѣтокъ первичнаго сосудистаго зачатка. Послѣдній имѣетъ первоначально строеніе сѣти, состоящей изъ плотныхъ клѣточныхъ тяжей. При продолжающемся развитіи, упомянутые тяжи становятся полыми, что соотвѣтствуетъ образованію первичныхъ капилляровъ. Дальнѣйшій ростъ эмбріональныхъ сосудовъ происходитъ самостоятельно, по всей вѣроятности, посредствомъ особаго рода почкованія.

Пользуясь приведенными эмбріологическими данными, правда, добытыми на животномъ матеріалѣ, допустимо провести параллель между нормальнымъ развитіемъ сосуди-

---

[1]) *Ebner.* Gefässsystem. In *Kölliker.* Handbuch der Gewebelehre. III. 1902. p 671.

[2]) *Rückert und Mollier.* Die erste Entstehung der Gefässe und des Blutes bei Wirbeltieren. In *O. Hertwig.* Handbuch der vergleichenden und experimentellen Entwickelungslehre der Wirbeltiere. Bd. I. Erster Teil. Zweite Hälfte. 1906. p. 1019.

[3]) *О. Гертвигъ.* Элементы эмбріологіи позвоночныхъ. Русскій переводъ. 1908. р. 138.

[4]) *Evans, Minot, Sabin и Tandler.* l. c. p. 484.

стой системы зародыша и развитіемъ капиллярныхъ гемангіомъ. Въ обоихъ случаяхъ имѣетъ мѣсто образованіе плотныхъ клѣточныхъ тяжей, которые впослѣдствіи дѣлаются полыми, образуя сосуды, сперва капиллярнаго типа, а затѣмъ и прекапиллярнаго и даже артеріальнаго и венознаго. Отличительными признаками простыхъ гемангіомъ является главнымъ образомъ избыточность и неправильность роста эндотеліальныхъ клѣтокъ. Легко допустить, что простыя гемангіомы являются ничѣмъ инымъ, какъ избыточно заложенными и неправильно развившимися или развивающимися ангіобластами. При условіи такого предположенія дѣлается понятнымъ и не всегда одинаковое микроскопическое строеніе этихъ опухолей (различный видъ эндотелія, наличность капиллярныхъ и прекапиллярныхъ сосудовъ и даже мелкихъ артерій), быстрый и инфильтрирующій ихъ ростъ и преимущественное нахожденіе этихъ гемангіомъ у лицъ молодого и, чаще, младенческаго возраста. Также дѣлается вполнѣ объяснимымъ образованіе въ простыхъ капиллярныхъ гемангіомахъ кавернознаго вида полостей, образующихся и въ нормѣ вслѣдствіе особаго, очевидно, характера разрастанія ангіобластовъ, напримѣръ, при образованіи нормальной кавернозной ткани penis'а и другихъ областей тѣла (*Klein*, *Legros* и *Robin*, *Nicolas*, *Retterer* и др.)[1]).

Изъ сказаннаго видно, что простыя капиллярныя гемангіомы являются, собственно говоря, не столько ангіомами, сколько эндотеліомами. Вполнѣ возможно, что этимъ объясняется и малое число описанныхъ въ литературѣ и точно микроскопически изслѣдованныхъ случаевъ простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ, такъ какъ весьма вѣроятно, что большинство такихъ опухолей фигурируетъ какъ эндотеліомы. Какъ среди приведенныхъ мной въ литературномъ очеркѣ случаевъ простыхъ капиллярныхъ гемангіомъ (см. стр. 202, 280 и др.), такъ и среди изслѣдованныхъ мною лично (см. стр. 700, 726 и др.), участіе эндотелія въ строеніи опухолей было настолько значительнымъ, что наряду съ названіемъ гемангіомы невольно напрашивалось представленіе и объ эндотеліомѣ. Напомню также, что во многихъ случаяхъ не

---

[1]) Цитир. по *Prenant et Bouin*. Traité d'histologie. II. 1911. p. 96.

только клинически (см. стр. 251, 878 и др.), но даже и патолого-анатомически (см. стр. 251, 550, 553, 662 и др.) такія же образованія причислялись къ саркомамъ.

Резюмируя сказанное о простыхъ капиллярныхъ гемангіомахъ, я прихожу къ заключенію, что *эту группу составляютъ опухоли, несомнѣнно врожденнаго происхожденія, относящіяся по своему гистогенезу скорѣе къ эндотеліомамъ, чѣмъ къ гемангіомамъ.*

b) Кавернозныя гемангіомы встрѣчаются значительно чаще простыхъ капиллярныхъ и описаны почти во всѣхъ органахъ и тканяхъ человѣческаго тѣла. Онѣ наиболѣе часто описываются въ кожѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ (преимущественно въ области головы), въ печени, въ мышцахъ и въ орбитѣ.

Точныя статистическія данныя по вопросу о сравнительной частотѣ нахожденія кавернозныхъ гемангіомъ въ различныхъ органахъ человѣка въ литературѣ отсутствуютъ. Имѣются лишь случайныя статистическія свѣдѣнія, касающіяся почти исключительно вопроса о частотѣ нахожденія гемангіомъ въ *кожѣ*. Однако, въ число этихъ случаевъ, описанныхъ клиницистами, входятъ всевозможныя образованія, діагнозъ большинства которыхъ микроскопически не устанавливался, такъ что цѣнность такихъ данныхъ для насъ незначительна (см. главу VI, А).

Относительно кавернозныхъ гемангіомъ въ *печени*, по частотѣ, повидимому, слѣдующихъ за таковыми въ кожѣ [1]), не имѣется никакихъ цыфровыхъ данныхъ, которыя обнимали бы значительный матеріалъ. Наибольшее число кавернозныхъ гемангіомъ изслѣдовали, насколько мнѣ извѣстно, *Heschl* (1855) и *Schmieden* (1900). Первый изслѣдовалъ 100 такихъ опухолей, а второй въ геттингенскомъ патологическомъ институтѣ за одинъ годъ наблюдалъ 32 кавернозныхъ гемангіомы и пришелъ къ заключенію, что онѣ встрѣчаются очень часто (см. стр. 270 и 271). Къ сожалѣнію, ни *Heschl*, ни *Schmieden* въ своихъ работахъ не указали обща-

---

[1]) Напомню, что *Rokitansky* (1855) и *Virchow* (1854 и 1863) считали, что кавернозныя гемангіомы чаще всего встрѣчались не въ кожѣ, а въ печени (см. стр. 270).

го числа вскрытій, произведенныхъ за то время, когда они собирали опубликованный ими матеріалъ. Одинъ только *Böttcher* (1863) указалъ, что въ Дерптѣ кавернозныя гемангіомы печени попадаются въ 10% всѣхъ вскрытій (см. стр. 270). Однако, и послѣдній авторъ также не упоминаетъ о томъ, на основаніи скольких вскрытій онъ сдѣлалъ вышеуказанный выводъ.

Какъ показываютъ мои собственныя изслѣдованія (см. гл. XXVI), гемангіомы печени встрѣтились при больничныхъ вскрытіяхъ (П.А.К.О.С.Г.Б.) на 1084 вскрытія[1]) въ 15-ти случаяхъ, что соотвѣтствуетъ приблизительно 1,5%, а при клиническихъ вскрытіяхъ (П.А.И Н.У. за 1910 и 1911 г.) при 132 вскрытіяхъ — 8 разъ, т. е. приблизительно въ 6%. Бóльшая частота нахожденія кавернозныхъ гемангіомъ печени при клиническихъ вскрытіяхъ объясняется тѣмъ, что послѣднія производятся болѣе тщательно, чѣмъ больничныя.

Изъ приведенныхъ данныхъ все - таки можно сдѣлать заключеніе, что кавернозныя гемангіомы печени встрѣчаются, повидимому, не чаще, чѣмъ въ 6—10% случаевъ вскрытій труповъ.

Относительно частоты локализаціи кавернозныхъ гемангіомъ въ другихъ органахъ, нужно сказать, что по этому вопросу въ литературѣ свѣдѣній совершенно не имѣется. Во всякомъ случаѣ онѣ встрѣчаются не въ примѣръ рѣже, чѣмъ въ кожѣ или печени, и въ большинствѣ случаевъ описываются, какъ рѣдкія опухоли.

Полъ въ развитіи кавернозныхъ гемангіомъ, повидимому, не имѣетъ никакого значенія. Однако напомню, что *Parker* (1886 см. стр. 74), *Mauclaire и de Bovis* (1896), *Schmidt* (1905 см. стр. 60), *Kolaczek* (1908 см. стр. 209), *Аствацатуровъ* (1910 и 1911 см. стр. 424) и другіе авторы считали, что у женщинъ гемангіомы, въ томъ числѣ и кавернозныя, встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ у мужчинъ. Противъ мнѣнія приведенныхъ авторовъ съ достаточной убѣдительностью говоритъ хотя бы тотъ фактъ, что изъ числа 200 микроскопически изслѣдованныхъ кавернозныхъ гемангіомъ уха, костей, мышцъ, языка, губъ, головного мозга и глаза

---

[1]) См. табл. XXXIV, стр. 841.

(см. приложенiе къ второй части, стр. 571) 101 опухоль была найдена у мужчинъ, а 99 — у женщинъ.

Кавернозныя гемангiомы описываются какъ у молодыхъ людей, такъ и у пожилыхъ, однако, несомнѣнно, что громадное большинство этихъ опухолей существуетъ съ очень ранняго возраста больныхъ, но часто просматривается. Напомню, что вопросъ о времени появленiя кавернозныхъ гемангiомъ разбирался мною въ нѣсколькихъ главахъ литературнаго очерка, особенно подробно въ главѣ VIII (см. стр. 209 и др.), при чемъ я, по крайней мѣрѣ относительно гемангiомъ мышцъ, пришелъ къ заключенiю, что въ $^1/_4$ случаевъ гемангiомы, несомнѣнно, были врожденными и что въ половинѣ всѣхъ случаевъ онѣ были замѣчены до 10-лѣтняго возраста больныхъ (см. стр. 211). Добавлю, что изъ числа упомянутыхъ мною (см. выше) 200 кавернозныхъ гемангiомъ различныхъ органовъ 31 опухоль была найдена у дѣтей до 9-лѣтняго возраста, а 45—у больныхъ въ возрастѣ отъ 10—19 лѣтъ. Кромѣ того нужно имѣть въ виду, что въ большинствѣ этихъ случаевъ клинически гемангiомы не отличались особенно интенсивнымъ ростомъ.

Подробности макро- и микроскопическаго строенiя кавернозныхъ гемангiомъ мною приведены въ соотвѣтствующихъ главахъ литературнаго очерка, а здѣсь я лишь добавлю, что строенiе этихъ образованiй въ различныхъ органахъ тѣла въ общихъ чертахъ представляется, повидимому, одинаковымъ. На основанiи же изслѣдованiя собственныхъ случаевъ я не могу сдѣлать существенныхъ добавленiй къ извѣстнымъ уже фактамъ. Напомню, что общiе выводы относительно строенiя кавернозныхъ гемангiомъ, сдѣланные мною на основанiи изученiя собственнаго матерiала, помѣщены въ концѣ соотвѣтствующихъ главъ (см. стр. 728, 844 и др.), такъ что здѣсь я считаю лишнимъ къ нимъ возвращаться.

Коснусь только вкратцѣ вопроса о такъ называемыхъ „исходахъ" кавернозныхъ гемангiомъ.

Наиболѣе часто наблюдается частичное, рѣже полное замѣщенiе опухоли соединительной тканью. Этотъ процессъ происходитъ обычно двоякимъ способомъ: во-первыхъ, путемъ разрастанiя соединительной ткани перегородокъ меж-

ду полостями, во-вторыхъ, при посредствѣ организаціи тромбовъ въ самихъ полостяхъ. На основаніи изслѣдованія собственныхъ случаевъ, главнымъ образомъ гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки (см. стр. 730) и печени (см. стр. 852), я пришелъ къ заключенію, что наиболѣе существенная роль въ процессѣ обратнаго развитія этихъ опухолей принадлежитъ организаціи тромбовъ.

Къ разряду другихъ, болѣе рѣдкихъ, исходовъ кавернозныхъ гемангіомъ относится случай, въ которомъ произошелъ разрывъ кавернозной полости, окончившійся смертью больного (сл. X, см. стр. 680, 683 и 685).

Злокачественнаго перерожденія гемангіомъ среди изслѣдованныхъ мною случаевъ я не встрѣчалъ. На основаніи же собранныхъ мной литературныхъ данныхъ, могу сказать, что перерожденіе гемангіомъ въ ракъ, о которомъ упоминаютъ *Müller* [1]) (1843), *Lebert* [2]) (1857), *Virchow* [3]) (1863), *Lücke* [4]) (1864), *Mauclaire и de Bovis* [5]) (1896) и др., повидимому, не имѣетъ мѣста. Что же касается перерожденія этихъ опухолей въ саркомы, то мнѣнія авторовъ по этому поводу рѣзко расходятся. Одни авторы (*Cruveilhier* [6]) (1856), *Virchow* [7]), *Follin* [6]) и др.) считали, что такое злокачественное перерожденіе, хотя и возможно, но почти никогда не наблюдается, другіе (*Lancereaux* [6]) (1875—1877), *Constantinoff* и др.) категорически заявили, что оно никогда не бываетъ. Однако, въ новѣйшее время вновь появились работы авторовъ, которые описали или врастаніе саркомы въ кавернозную гемангіому (*Adam* 1909, см. стр. 653), или, чаще, развитіе саркомъ въ гемангіомахъ и изъ гемангіомъ. Опухоли, относящіяся къ послѣдней категоріи случаевъ, описали: *Theile* (1904, см. стр. 320), *Böckelmann* (1906, см. стр. 324), *Devic и Tolot* (1906, см. стр. 323, 443

---

1) *Müller*. A.f.An. 1843. p. 438. см. V. p. 384, Constantinoff. p. 47 и др.

2) *Lebert*. см. Constantinoff. ibid.

3) *V*. p. 384.

4) *Lücke*. V.A. XXXIII. p. 336.

5) *M.B.* p. 45.

6) Цитир. по *Constantinoff*'у. Contribution à l'étude des angiomes caverneux externes. Thèse. Paris. 1897. p. 47.

7) *V*. p. 385.

и др.), *Kostlivy* (1907, см. стр. 266), *Jores* (1908, см. стр. 327), *Golovina-Ammon* (1910, см. стр. 328) и другіе авторы. Кромѣ того, къ этой же категоріи нужно, повидимому, отнести и тѣ случаи, когда гемангіомы даютъ метастазы, по своему строенію напоминающіе то гемангіомы, то саркомы, то опухоли смѣшаннаго строенія (см. стр. 315, 320, 327, 552 и др.). Добавлю, что, повидимому, подобнаго же строенія опухоли другими авторами (*Curtis* 1893, см. стр. 329 и другими) относятся къ эндотеліомамъ.

Изъ приведеннаго видно, что вопросъ о „злокачественномъ" исходѣ гемангіомъ за послѣднее время значительно усложнился, при чемъ, на основаніи существующихъ лишь немногочисленныхъ и, часто, неполныхъ описаній такихъ случаевъ, въ настоящее время нѣтъ возможности придти къ опредѣленнымъ заключеніямъ относительно сущности и мѣста въ онкологогической системѣ этихъ опухолей.

Наконецъ, упомяну, что описываемое нѣкоторыми авторами [1]) превращеніе кавернозныхъ гемангіомъ въ цирсоидныя, т. е. рацемозныя, по моему мнѣнію, никогда не наблюдается.

Переходя къ вопросу о происхожденіи кавернозныхъ гемангіомъ, я долженъ сказать, что громадное большинство современныхъ авторовъ причисляетъ ихъ къ порокамъ развитія. На основаніи собственныхъ изслѣдованій цѣлаго ряда кавернозныхъ гемангіомъ я пришелъ къ такому же выводу. На основаніи же спеціальнаго изслѣдованія какъ цѣлой серіи (40) кавернозныхъ гемангіомъ печени, такъ и другихъ патологическихъ процессовъ въ этомъ органѣ (см. стр. 856), я пришелъ къ заключенію, что внѣутробное образованіе кавернозныхъ гемангіомъ печени на почвѣ застоя крови и атрофіи печеночной ткани не имѣетъ мѣста.

Порокъ развитія, въ результатѣ котораго образуются кавернозныя гемангіомы, состоитъ, по всей вѣроятности, въ *неправильной закладкѣ* или однихъ сосудистыхъ зачатковъ (ангіобластовъ), или одновременно какъ сосудистыхъ, такъ и другихъ зачатковъ (мышечныхъ, соединительнотканныхъ, железистыхъ и др.), или же только послѣднихъ. Въ результатѣ

---

[1]) „La dégénérescence cirsoïde se montre assez fréquemment comme complication des angiomes". *Constantinoff.* l. c. p. 48.

неправильностей при закладкѣ неминуемо получится неправильное развитіе всего органа или соотвѣтствующей его части. Дѣйствительно, описаны случаи, когда весь или почти весь органъ представлялся въ видѣ кавернозной гемангіомы (см., напримѣръ, стр. 274). Рѣдкость нахожденія такихъ значительныхъ пораженій цѣлыхъ органовъ объясняется, надо думать, тѣмъ, что зародыши съ такими большими неправильностями, вѣроятно, гораздо менѣе жизнеспособны, чѣмъ зародыши, у которыхъ неправильно построенными оказываются лишь незначительные, иногда простымъ глазомъ даже во внѣутробной жизни незамѣтные участки органовъ.

Образованіе кавернозныхъ гемангіомъ возможно не только при *неправильной закладкѣ* опредѣленныхъ сосудистыхъ и иныхъ зачатковъ, но оно допустимо также и изъ правильно заложенныхъ зачатковъ, при условіи лишь *неправильнаго ихъ развитія*. Какъ мною уже было упомянуто на стр. 562-ой, такая неправильность развитія совершенно правильно заложенныхъ зачатковъ можетъ имѣть мѣсто при закрытіи жаберныхъ щелей, при перемѣнѣ функціи печени, при обратномъ развитіи большихъ сосудовъ зародыша и т. д.

Однако послѣднее объясненіе образованія кавернозныхъ гемангіомъ мнѣ кажется значительно менѣе вѣроятнымъ, чѣмъ первое. Дѣло въ томъ, что кавернозныя гемангіомы не только опредѣленныхъ органовъ, но и всѣхъ вообще органовъ представляются по своему строенію въ главныхъ чертахъ весьма похожими другъ на друга. *Ribbert* (1904) даже высказался въ томъ смыслѣ, что строеніе кавернозныхъ гемангіомъ печени является типичнымъ (см. стр. 305). Нужно думать, что такое однообразіе въ неправильномъ строеніи участка органа получится тѣмъ легче, чѣмъ однообразнѣе будетъ причина, вызывающая подобное неправильное строеніе. Принимая же во вниманіе, что кавернозныя гемангіомы самыхъ различныхъ и неодновременно развивающихся органовъ (какъ, напримѣръ, кожа, печень и мозгъ) представляютъ различія лишь въ деталяхъ строенія, а въ общемъ очень напоминаютъ другъ друга, нужно придти къ выводу, что причина, вызвавшая появленіе опухоли, для всѣхъ органовъ одна и таже. Искать же такую причину въ позднѣйшіе періоды развитія зародыша, когда различные органы проходятъ совершенно неодинаковый циклъ своего раз-

витія, мнѣ кажется значительно менѣе раціональнымъ, чѣмъ поиски этіологическаго момента въ наиболѣе молодыхъ стадіяхъ существованія зародыша, когда только начинается закладка сначала сосудистой системы, а затѣмъ и различныхъ органовъ.

На основаніи высказанныхъ соображеній, мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ, что кавернозныя гемангіомы образуются въ результатѣ именно *неправильной закладки* опредѣленныхъ зачатковъ органовъ. Очень можетъ быть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ кавернозныя гемангіомы образуются не столько вслѣдствіе неправильности закладки сосудистаго зачатка, сколько вслѣдствіе отсутствія или неполной закладки остальныхъ тканевыхъ элементовъ соотвѣтствующаго органа. Такъ, напримѣръ, при условіи полнаго неразвитія паренхимы въ опредѣленномъ участкѣ печени (неврастанія железистыхъ элементовъ въ опредѣленный участокъ печени) и при наличности только сосудистой (капиллярной) системы, несомнѣнно, могутъ развиться островки, состоящіе изъ сосудистыхъ полостей, раздѣленныхъ соединительнотканными стѣнками. Послѣднія принадлежатъ межуточной ткани печени, а потому въ нихъ находятся самостоятельные сосуды, не связанные съ капиллярной системой соотвѣтствующаго участка. Послѣдняя состоитъ только изъ эндотеліальнаго покрова, выстилающаго межуточную ткань, и изъ полостей, наполненныхъ кровью. Такого точно строенія гемангіомы печени наблюдались многократно. При неправильномъ, очень часто недостаточномъ, развитіи одного или нѣсколькихъ тканевыхъ элементовъ, образуются опухоли болѣе сложнаго строенія, въ томъ числѣ и гемангіомы (см. стр. 729, 855 и др.). Особый интересъ представляетъ нахожденіе въ кавернозныхъ гемангіомахъ значительныхъ разрастаній гладкой мышечной ткани, наблюдавшееся какъ другими авторами (см. стр. 220, 221, 283, 497 и др.), такъ и мною. Такіе „лейоміоматозные" участки особенно выдѣлялись въ нѣкоторыхъ кавернозныхъ гемангіомахъ кожи и подкожной клѣтчатки (см. стр. 729), мышцъ (см. стр. 743, 747 и 749) и въ случаѣ кавернозной гемангіомы орбиты (см. стр. 884).

Относя кавернозныя гемангіомы къ порокамъ развитія, къ гамартомамъ *Albrecht'а*, или къ дистопіямъ (но не „безъ

роста") *Петрова*, мы тѣмъ самымъ объясняемъ малую склонность этихъ образованій не только къ неограниченному разрастанію, но даже къ болѣе или менѣе легко распознаваемому росту. Однако, при образованіи гемангіомъ изъ неправильно заложенныхъ зачатковъ, легко можетъ произойти то, что соотвѣтствующій сосудистый участокъ (соотвѣтствующая группа ангіобластовъ) будетъ заложенъ не только неправильно, но и избыточно. Тогда могутъ (говоря, конечно, гипотетически) образоваться кавернозныя гемангіомы, обладающія болѣе или менѣе сильно развитымъ ростомъ. Въ очеркѣ литературы мною упомянуты такого характера случаи (см. стр. 93, 169, 202, 287, 550 и др.). Среди собственныхъ же случаевъ я отмѣчу одинъ (сл. IX), въ которомъ я клинически лично наблюдалъ какъ несомнѣнный ростъ кавернозной гемангіомы, такъ и появленіе новыхъ, прежде незамѣтныхъ узловъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ, вырѣзанныхъ въ различное время изъ несомнѣнно растущей опухоли, мнѣ, кромѣ преимущественно диффузнаго расположенія кровеносныхъ полостей различной величины и чрезвычайно сочнаго, но вездѣ одноряднаго, эндотелія, не удалось найти никакихъ отличительныхъ признаковъ между такой „растущей" кавернозной гемангіомой и „нерастущими". Напомню, что точно къ такому же выводу пришли и другіе авторы, изслѣдовавшіе „растущія" кавернозныя гемангіомы печени (см. стр. 287, 289 и 305).

Остается еще вопросъ о гистогенезѣ кавернозныхъ гемангіомъ. Какъ мною выше было указано (см. стр. 907), образованіе ихъ изъ простыхъ гемангіомъ, если и наблюдается, то въ видѣ исключенія. Да это и понятно, поскольку простыя гемангіомы, хотя и являются пороками развитія, но примыкаютъ къ новообразованіямъ въ самомъ тѣсномъ смыслѣ этого слова—къ эндотеліомамъ, тогда какъ кавернозныя гемангіомы относятся къ той группѣ пороковъ развитія (гамартомамъ), которая очень мало походитъ на новообразованія sensu stricto — на бластомы, а потому многими авторами (*Lubarsch* 1901 см. стр. 43, *Tripier*[1]) 1904 и др.) даже строго исключается изъ числа послѣднихъ.

---

[1]) *Tripier*. Traité d'anatomie pathologique générale. 1904. p. 756.

Изъ принятаго мною взгляда на генезъ кавернозныхъ гемангіомъ слѣдуетъ, что онѣ развиваются изъ ангіобластовъ, но обычно не избыточно, а лишь неправильно заложенныхъ. Энергія роста этихъ ангіобластовъ ограничивается образованіемъ капиллярныхъ полостей, которыя, вѣроятно, отличаются отъ нормальныхъ капилляровъ шириной просвѣта и, быть можетъ, особенной податливостью стѣнокъ. Отмѣчу, что въ кавернозныхъ гемангіомахъ, найденныхъ у очень молодыхъ субъектовъ, полости опухоли всегда имѣли небольшой калибръ, тогда какъ въ кавернозныхъ гемангіомахъ у взрослыхъ въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ находились, наряду съ маленькими, огромныя полости. Образованіе такихъ полостей является процессомъ чисто пассивнымъ и происходитъ путемъ медленнаго увеличенія сосѣднихъ полостей и постепеннаго истонченія и разрыва перегородокъ подъ вліяніемъ кровяного давленія. Описанный способъ образованія большихъ полостей изъ малыхъ наблюдался многими авторами, а также и мною (см. стр. 845).

Активный же ростъ кавернозныхъ гемангіомъ не удается констатировать на препаратахъ, такъ какъ, повидимому, онъ часто отсутствуетъ, а если и имѣетъ мѣсто, то протекаетъ очень медленно, при чемъ даже и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ клинически наблюдалось разрастаніе, resp. увеличеніе опухоли, гистологическое изслѣдованіе обычно не обнаруживаетъ ясныхъ признаковъ этого роста.

Къ кавернознымъ гемангіомамъ нужно также отнести, во-первыхъ, „венозныя“ ангіомы и, во-вторыхъ, „телеангіэктазіи“.

„Венозныя“ ангіомы выдѣляются нѣкоторыми авторами (*Muscatello* см. стр. 582, *Tailor* см. стр. 644, *Frogé и Baulai* см. стр. 646, *Anzilotti*[1]) и др.) въ отдѣльную группу на основаніи того, что въ стѣнкахъ полостей открывается болѣе или менѣе правильно расположенная гладко-мышечная ткань, благодаря чему получается сходство со строеніемъ венъ. Отмѣчу, что мышечныя волокна встрѣчаются въ большомъ числѣ кавернозныхъ гемангіомъ, такъ что наличности одного

---

[1]) *Anzilotti*. Sopra una speziale forma di emoangioma. La clinica med. 1903. № 43—44. см. C. Path. 1904. p. 562; L.O.E. XII. p. 24.

этого признака, на мой взглядъ, недостаточно, чтобы оправдать выдѣленіе такихъ опухолей въ отдѣльную группу.

„*Телеангіэктазіями*" называютъ не только расширенія нормальныхъ капилляровъ, но и опухолевидныя врожденныя образованія, встрѣчающіяся чаще всего въ кожѣ и причисленныя *Петровымъ* (1912) къ дистопіямъ безъ роста. Примѣрами такихъ образованій являются случаи XIII (см. стр. 688 и *табл. V, рис. 15*), XVII, XVIII, XIX и другіе.

На основаніи всего вышеизложеннаго о кавернозныхъ гемангіомахъ слѣдуетъ, что *онѣ являются пороками развитія, чаще всего гамартомами, встрѣчаются очень часто и почти во всѣхъ органахъ человѣка, при чемъ излюбленными мѣстами ихъ нахожденія являются органы, циклъ развитія которыхъ болѣе сложенъ (кожа и печень) и тѣ части тѣла, которыя въ эмбріональной жизни развиваются сильнѣе другихъ (головной конецъ зародыша и опять-таки печень).*

c) Рацемозныя ангіомы принадлежатъ къ чрезвычайно рѣдкимъ образованіямъ. Нѣкоторыми авторами онѣ подраздѣляются на двѣ подгруппы: на артеріальныя и на венозныя. Отмѣчу, что большинство авторовъ, повидимому, не признаетъ этого дѣленія и всѣ рацемозныя ангіомы причисляетъ къ артеріальнымъ. Тѣмъ не менѣе число микроскопически изслѣдованныхъ случаевъ такихъ ангіомъ оказывается ничтожнымъ. Такъ, напримѣръ, мнѣ, при изученіи литературы о гемангіомахъ, встрѣтилось только 46 случаевъ, въ которыхъ діагнозъ *артеріальной рацемозной ангіомы* былъ поставленъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія опухоли. Изъ этихъ 46-ти случаевъ въ 29 опухоли локализировались въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ области головы, главнымъ образомъ волосистой части послѣдней (въ 15 случаяхъ), въ 5 онѣ были найдены въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ туловища (одинъ случай) и верхнихъ конечностей (четыре случая), въ 11 онѣ находились въ головномъ мозгу, и, наконецъ, въ одномъ ангіома располагалась внутри нижнечелюстного канала (см. стр. 526). Изъ приведенныхъ цыфровыхъ данныхъ выясняется, во-первыхъ, что артеріальныя рацемозныя ангіомы встрѣчаются почти исключительно въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ, а также въ головномъ мозгу, и, во-вторыхъ, что эти образованія локализируются въ по-

давляющемъ числѣ случаевъ въ области распространенія большихъ сосудовъ головы.

Въ 31 случаѣ имѣлись свѣдѣнія о полѣ лицъ, у которыхъ были найдены артеріальныя рацемозныя ангіомы, при чемъ оказалось, что среди нихъ было 20 мужчинъ и 11 женщинъ. Интересно, что артеріальныя рацемозныя ангіомы кожи и подкожной клѣтчатки головы, повидимому, чаще встрѣчаются у мужчинъ (въ 14 случаяхъ изъ 18-ти, въ которыхъ полъ былъ указанъ), тогда какъ въ опухоляхъ верхнихъ конечностей наблюдались обратныя отношенія (у мужчинъ артеріальныя рацемозныя ангіомы были найдены только въ одномъ случаѣ изъ четырехъ). Въ виду малочисленности и возможной случайности подбора тѣхъ случаевъ, въ которыхъ было произведено микроскопическое изслѣдованіе артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ, я считаю невозможнымъ высказаться въ пользу бо́льшаго предрасположенія къ развитію этихъ опухолей одного пола передъ другимъ.

Что касается возраста больныхъ, у которыхъ были изслѣдованы артеріальныя рацемозныя ангіомы, то въ 18 случаяхъ изъ упомянутыхъ 31 дѣло касалось людей, не достигшихъ 30-лѣтняго возраста, при чемъ въ 13 случаяхъ—людей въ возрастѣ отъ 20 до 29 лѣтъ. Однако, нужно имѣть въ виду, что первое появленіе рацемозныхъ ангіомъ относится, въ большинствѣ случаевъ, къ значительно болѣе раннему періоду жизни: такъ, напримѣръ, въ восьми случаяхъ такихъ ангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки прямо указывается, что опухоль существовала отъ рожденія, или съ ранняго дѣтства. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные отмѣчали, что опухоль у нихъ развивалась въ продолженіи 10—20 и даже 40 лѣтъ.

Изъ приведеннаго видно, что артеріальныя рацемозныя ангіомы обычно, повидимому, развиваются уже у молодыхъ людей. Ростъ этихъ образованій, несомнѣнно, крайне медленный и иногда усиливается лишь во время половой зрѣлости или послѣ травмъ.

Макроскопическая картина большинства опухолей, описываемыхъ подъ названіемъ артеріальныхъ рацемозныхъ гемангіомъ въ общихъ чертахъ одинаковая, и я на ней здѣсь останавливаться не буду. При знакомствѣ же съ описаніями микроскопическихъ изслѣдованій этихъ опухолей, встрѣча-

ются многочисленныя разногласія. Одни авторы описываютъ, что опухоль состоитъ исключительно изъ артерій, другіе, что она состоитъ и изъ артерій, и изъ венъ, при чемъ венъ даже больше, чѣмъ артерій (напримѣръ, *Burci* см. стр. 120, *Деревенко* см. стр. 122, и др.), наконецъ, третьи находили кромѣ того значительной величины участки сосудовъ, построенныхъ по типу капилляровъ и мелкихъ артерій.

На основаніи изслѣдованія двухъ собственныхъ случаевъ (VIII и XXVII), и знакомства съ литературными данными, я пришелъ къ выводу, что разногласія между авторами по вопросу о классификаціи крупныхъ сосудовъ, по всей вѣроятности, зависятъ отъ того, что въ рацемозныхъ ангіомахъ большіе сосуды обычно представляются настолько измѣненными, что иногда нѣтъ возможности точно рѣшить, къ какому типу сосудовъ они принадлежатъ. Нѣкоторые авторы прямо указали, что крупные артеріальные сосуды настолько измѣняются, что становятся похожими на варикозно расширенныя вены (см. стр. 124). Поэтому я считаю, что большинство рацемозныхъ ангіомъ, описанныхъ подъ названіемъ артеріальныхъ, дѣйствительно были таковыми, и что, описанное нѣкоторыми авторами, значительное развитіе венъ является на самомъ дѣлѣ ничѣмъ инымъ, какъ одной изъ стадій обратнаго развитія артерій. Затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ находятъ, наряду съ обратнымъ развитіемъ большихъ артеріальныхъ сосудовъ, энергичное разрастаніе мелкихъ, при чемъ одни авторы относятъ ихъ къ мелкимъ артеріямъ, другіе же къ капиллярамъ. Такой же случай наблюдался и мною (сл. VIII). Мнѣ кажется, что авторы во всѣхъ случаяхъ наблюдали одинаковую картину, да и вопросъ о томъ, какъ называть разрастающіеся мелкіе сосуды, въ концѣ концовъ не имѣетъ большого значенія.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались главнымъ образомъ участки, состоящіе изъ капиллярныхъ и мелкихъ артеріальныхъ сосудовъ, тогда какъ болѣе крупные сосуды открывались лишь въ незначительномъ количествѣ. Такіе случаи наблюдались *Morestin и Lecène* (см. стр. 94), *Stierlin*'омъ (см. стр. 119), мною (сл. XXVII) и др. Нужно думать, что такія опухоли представляютъ собой начальныя или переходныя стадіи въ развитіи рацемозныхъ ангіомъ.

Изъ этого слѣдуетъ, что нельзя отрицать, что нѣкоторыя простыя капиллярныя гемангіомы въ состояніи превратиться въ рацемозныя ангіомы. Такое превращеніе, вѣроятно, возможно въ тѣхъ случаяхъ, когда избыточно и неправильно заложенными оказываются ангіобласты, изъ которыхъ при обычныхъ условіяхъ долженъ былъ бы развиться какой-нибудь большой артеріальный сосудъ со многими развѣтвленіями.

Что касается сущности и генеза артеріальныхъ рацемозныхъ гемангіомъ, то взгляды различныхъ авторовъ на этотъ счетъ мною приведены въ главахъ II (см. стр. 21), III (см. стр. 29, 30, 33, 43 и 48), VI (см. стр. 125, 159), XV (см. стр. 433) и XXI (см. стр. 674). На основаніи изслѣдованія собственныхъ случаевъ я присоединяюсь къ мнѣнію тѣхъ авторовъ, по которымъ артеріальныя рацемозныя ангіомы являются врожденными образованіями на почвѣ избыточной закладки опредѣленныхъ сосудистыхъ зачатковъ.

Преимущественная локализація артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ въ области головы объясняется, по моему мнѣнію, лучше всего признаніемъ существованія зависимости образованія этихъ пороковъ развитія и отъ силы давленія крови, которая въ головномъ концѣ зародыша наиболѣе значительна.

Венозныя рацемозныя ангіомы до настоящаго времени описаны только въ оболочкахъ мозга. Напомню, что тѣ образованія, которыя *Virchow*'ымъ были причислены къ этому виду ангіомъ (см. стр. 21), въ настоящее время исключены изъ числа опухолей. Въ виду отсутствія собственныхъ случаевъ венозныхъ рацемозныхъ ангіомъ, я ограничусь выводомъ, сдѣланнымъ мною на основаніи изученія литературы этихъ образованій: венозныя рацемозныя ангіомы являются, повидимому, результатомъ порока развитія съ преимущественнымъ пораженіемъ венозной системы (см. стр. 437).

Резюмируя все выше изложенное о рацемозныхъ ангіомахъ, я прихожу къ выводу, что вообще *рацемозныя ангіомы встрѣчаются очень рѣдко, локализуясь главнымъ образомъ въ области головы, чаще въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ и рѣже въ области распространенія большихъ сосудовъ мозга и въ мозговыхъ оболочкахъ. Рацемозныя ангіомы бываютъ,*

повидимому, двухъ видовъ: артеріальныя и венозныя. Развиваются онѣ на почвѣ врожденныхъ пороковъ развитія сосудистой системы.

Прежде чѣмъ закончить настоящій обзоръ, я еще коснусь вопроса объ ***эластической ткани*** въ гемангіомахъ, нахожденію которой въ этихъ опухоляхъ нѣкоторые авторы придаютъ большое значеніе.

Благодаря открытію въ послѣднее время специфическихъ способовъ окраски эластина при помощи орсеина по *Unna-Taenzer*'у, и, особенно, при помощи резорцинъ-фуксина (фукселина) по *Weigert*'у, появилось много работъ, посвященныхъ изученію эластической ткани. Между прочимъ авторы стали интересоваться нахожденіемъ и образованіемъ эластической ткани въ опухоляхъ. Такъ, напримѣръ, *Мельниковъ-Разведенковъ* (1899)[1] [2]) пришелъ къ выводу, что „опухоли, появленіе которыхъ приноситъ лишь одинъ вредъ, бѣдны упругой тканью“ [1]). Кромѣ того, тотъ же авторъ указалъ, что въ самихъ опухоляхъ не наблюдается новообразованія эластическихъ волоконъ. Между тѣмъ многіе другіе авторы описали опухоли, богатыя эластической тканью и новообразованіе въ нихъ эластическихъ волоконъ. Въ 1904, 1906 и 1907 г. появились работы *Валяшко*[3]) [4]) [5]), спеціально посвященныя вопросу объ упругой ткани въ новообразованіяхъ. Въ этихъ работахъ авторъ, на основаніи изслѣдованія 240 опухолей различнаго строенія, приходитъ къ выводу, что „упругая ткань въ несмѣшанныхъ опухоляхъ не происходитъ изъ опухольной ткани“ и „что она обычно

---

[1]) *Мельниковъ-Разведенковъ.* Гистологическое изслѣдованіе упругой ткани въ нормальныхъ и патологически-измѣненныхъ органахъ. М.О. 1899. ноябрь; Отд. оттискъ. р. 30.

[2]) *Онъ-же.* Histologische Untersuchungen über das elastische Gewebe in normalen und pathologisch veränderten Organen. Z. Beitr. 1899. XXVI. p. 546--583.

[3]) *Валяшко.* Объ эластической ткани въ новообразованіяхъ. Патолого-анатомическая казуистика. X. Приложеніе. 1904. XV. № 87. р. 31.

[4]) *Онъ-же.* Объ упругой ткани въ новообразованіяхъ. Дисс. С.П. 1906.

[5]) *Онъ-же.* Über das elastische Gewebe in Neubildungen. V.A. 1907. Bd. 187. p. 286—309.

входитъ въ новообразованіе постольку, поскольку въ немъ участвуетъ материняя ткань" [1]). Однако отмѣчу, что *Унгеръ* (1911) [2]) въ фиброміомахъ находилъ несомнѣнное новообразованіе эластической ткани въ соединительнотканныхъ прослойкахъ опухолей.

Изъ сказаннаго видно, что по вопросу объ образованіи эластической ткани въ опухоляхъ среди авторовъ не существуетъ однообразнаго взгляда.

Что касается эластической ткани въ *гемангіомахъ*, то относительно этого вопроса литературныя данныя довольно скудны.

Въ *простыхъ* гемангіомахъ изслѣдователи (*Unna* см. стр. 35, *Ricke* см. стр. 240, *Collina* [3]) и др.) не находили эластической ткани. Такъ, напримѣръ, *Bindi* [4]) [5]) въ двухъ случаяхъ капиллярныхъ гемангіомъ кожи въ стѣнкахъ малыхъ сосудовъ совершенно не нашелъ эластической ткани. Въ ткани же, окружающей опухоли, таковая находилась въ значительномъ количествѣ. *Péraire и Weinberg* (1902 см. стр. 143) описали даже исчезновеніе эластической ткани въ области распространенія простой капиллярной гемангіомы кожи.

При изслѣдованіи на присутствіе эластической ткани собственныхъ случаевъ простыхъ гемангіомъ кожи и подкожной клѣтчатки и орбиты, я нашелъ, что она совершенно отсутствуетъ въ окружности капилляровъ и открывается въ значительномъ количествѣ въ межуточной соединительной ткани (см. стр. 732, 739 и др.). Такъ какъ въ наружныхъ частяхъ стѣнокъ, несомнѣнно, новообразованныхъ прекапиллярныхъ и мелкихъ артеріальныхъ сосудовъ мнѣ всегда удавалось обнаружить присутствіе тонкихъ волоконецъ эластиче-

---

1) *Валяшко.* l. c. 1906. p. 213.

2) *Унгеръ.* Упругая ткань въ фиброміомахъ матки. Журналъ акуш. и женск. болѣзней. 1911. XXVI. p. 282.

3) *Collina.* Le fibre elastiche nei tumori. Morgagni. 1901. № 6. см. Валяшко; L.O.E. XII. p. 23.

4) *Bindi.* Contributo allo studio del tessuto elastico nei tumori. Puglia med. 1901. № 1. см. L.O.E. XII. p. 23.

5) *Онъ-же.* Contribution à l'étude du tissu élastique dans les tumeurs. R. chir. XXII. 1905. p. 67—73.

ской ткани, я заключаю, что новообразованіе ея въ стѣнкахъ сосудовъ гемангіомъ вполнѣ возможно. Отсутствіе же ея въ стѣнкахъ капилляровъ вполнѣ понятно, такъ какъ вообще для капилляровъ характернымъ является отсутствіе всякой другой ткани, кромѣ эндотеліальной.

Въ *кавернозныхъ* гемангіомахъ присутствіе эластической ткани найдено очень многими авторами. Такъ, напримѣръ, ее находили въ кавернозныхъ гемангіомахъ кожи (*Franco* см. стр. 454, *Fischer* 1904 [1]), *Torikata* [2]) и др.), мышцъ (см. стр. 219), печени (см. стр. 283, *Валяшко* [3])—три случая, *Torikata*—два случая), орбиты (см. стр. 497) и др. Во всѣхъ этихъ случаяхъ указывается, что эластическая ткань встрѣчается преимущественно въ соединительной ткани кавернозныхъ гемангіомъ, что она располагается неравномѣрно и что въ болѣе тонкихъ перегородкахъ или встрѣчаются очень тонкія волоконца эластической ткани, или наблюдается полное ея отсутствіе. Напомню, что *Torikata* придавалъ громадное значеніе въ смыслѣ распознаванія этихъ опухолей именно неравномѣрности и неправильности распредѣленія эластическихъ волоконъ въ кавернозныхъ гемангіомахъ (см. стр. 261).

Результаты, полученные мною при изслѣдованіи кавернозныхъ гемангіомъ въ общемъ сходны съ результатами другихъ авторовъ.

Въ кавернозныхъ гемангіомахъ кости, орбиты и мозга эластическая ткань не входила въ составъ стѣнокъ полостей. Въ гемангіомахъ же селезенки, наоборотъ, стѣнки кавернозныхъ полостей содержали много эластическихъ волоконъ. Это обстоятельство говоритъ въ пользу развитія послѣднихъ опухолей не изъ капиллярныхъ сосудовъ. Наибольшее количество изслѣдовано мною кавернозныхъ гемангіомъ кожи (см. стр. 732) и печени (см. стр. 847).

Въ общемъ я пришелъ къ заключенію, что эластическая ткань въ кавернозныхъ гемангіомахъ встрѣчается обычно

---

[1]) *Fischer*. Über Neubildung von Elastin in Geschwülsten. V.A. 1904. Bd. 176. p. 169—180; p. 172.

[2]) *Torikata*. Über das Wesen der Hämorrhoiden. D.Z.Chir. 1909. Bd. 79. p. 354—402; p. 374.

[3]) *Валяшко*. l. c. 1906. p. 171.

въ небольшихъ количествахъ, распредѣлена неравномѣрно и во всякомъ случаѣ не является ни постояннымъ, ни отличительнымъ признакомъ этихъ образованій.

Свѣдѣнія о состояніи эластической ткани въ *рацемозныхъ* ангіомахъ немногочисленны. *Keppler* (см. стр. 123) нашелъ въ артеріальной рацемозной ангіомѣ кожи волосистой части головы почти полное ея отсутствіе. *Валяшко* изслѣдовалъ эластическую ткань въ „артеріальной ангіомѣ (aneurysma cirsoideum reg. temporalis sin.)“ [1]) у 19-лѣтняго мужчины, при чемъ онъ нашелъ эластическую ткань только въ большихъ „старыхъ“ сосудахъ и то не на всемъ протяженіи ихъ стѣнокъ. Наконецъ, авторы, изслѣдовавшіе артеріальныя рацемозныя ангіомы мозга, обнаружили, что количество и видъ упругой ткани было очень различно, даже въ предѣлахъ одной и той же опухоли (см. стр. 432).

Въ обоихъ собственныхъ случаяхъ артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомъ я нашелъ въ большихъ сосудахъ значительное количество упругой ткани (см. стр. 733).

Относительно состоянія упругой ткани въ венозныхъ рацемозныхъ ангіомахъ въ литературѣ, насколько мнѣ извѣстно, никакихъ свѣдѣній не имѣется.

На основаніи изложеннаго, нужно признать, что въ артеріальныхъ рацемозныхъ ангіомахъ, въ раннихъ стадіяхъ ихъ развитія (сл. XXVII, см. стр. 719), въ стѣнкахъ сосудовъ наблюдается значительное количество, повидимому, новообразованныхъ эластическихъ волоконъ, въ болѣе же поздній періодъ существованія опухоли имѣетъ мѣсто ихъ обратное развитіе.

Резюмируя все вышеизложенное объ эластической ткани въ гемангіомахъ, я прихожу къ выводу, что *въ простыхъ и кавернозныхъ формахъ эластическая ткань располагается главнымъ образомъ въ межуточной ткани, при чемъ происхожденіе ея, несомнѣнно, можетъ быть и новообразовательнаго характера. Однако, ея нахожденіе не является постояннымъ явленіемъ, а потому и не можетъ считаться характернымъ для гемангіомъ. Въ рацемозныхъ ангіомахъ эластическая ткань*

---

[1]) *Валяшко.* l. c. 1906. p. 66 и 68

входитъ въ составъ стѣнокъ большихъ артеріальныхъ сосудовъ и подвергается обратному развитію одновременно съ измѣненіями самихъ сосудовъ.

Въ заключеніе приведу вкратцѣ наиболѣе существенные выводы изъ настоящей работы.

1. На основаніи имѣющихся въ литературѣ, хотя и недостаточно полныхъ, статистическихъ данныхъ можно сдѣлать выводъ, что гемангіомы составляютъ въ среднемъ отъ 2—3% всѣхъ вообще опухолей и около 7% всѣхъ доброкачественныхъ опухолей.

2. Развитіе гемангіомъ возможно во всѣхъ органахъ и тканяхъ, за исключеніемъ роговой оболочки и хряща.

3. О частотѣ нахожденія гемангіомъ въ различныхъ органахъ нѣтъ возможности сдѣлать опредѣленныхъ выводовъ, въ виду отсутствія сколько-нибудь точныхъ статистическихъ свѣдѣній по этому вопросу.

4. Гемангіомы развиваются одинаково часто какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ

5. Всѣ образованія, описываемыя подъ названіемъ гемангіомъ, слѣдуетъ раздѣлить, соотвѣтственно ихъ генезу, на двѣ группы: на истинныя и ложныя гемангіомы.

6. Всѣ пріобрѣтенныя сосудистыя образованія должны быть отнесены къ ложнымъ гемангіомамъ, а всѣ врожденныя —къ истиннымъ.

7. Послѣднія должны быть причислены къ порокамъ развитія.

8. При дѣленіи истинныхъ гемангіомъ на подгруппы, наиболѣе удобной въ настоящее время является общепризнанная классификація *Virchow*'а, по которой различаются три главныя подгруппы: простыя, кавернозныя и рацемозныя гемангіомы.

9. Простыя капиллярныя гемангіомы въ сущности представляютъ собой эндотеліомы.

10. Изъ положеній 6-го, 7-го и 9-го слѣдуетъ, что названіе „истинныя“ гемангіомы имѣетъ только временное значеніе. Когда же вопросъ о генезѣ вообще всѣхъ новообразованій будетъ достаточно выясненъ, это названіе придется замѣнить

новымъ, болѣе соотвѣтствующимъ понятію о данныхъ патологическихъ процессахъ.

11. Развитіе кавернозныхъ гемангіомъ печени на почвѣ застоя крови и атрофіи печеночной ткани не наблюдается.

12. Эластическая ткань не является ни постоянной, ни отличительной составной частью гемангіомъ.

13. Въ гемангіомахъ, несомнѣнно, наблюдается новообразованіе эластической ткани.

Замѣченные пропуски и болѣе важныя опечатки.

Стр.	*Строчка*		*Напечатано:*	*Должно быть:*
23	3	сн.	1837.	1897.
33	5	„	1904	1902
35	11	св.	клѣтокъ, съ	клѣтокъ съ
48	7	„	*Meinzer*	*Mainzer*
79	1 и 2	сн.	слизистыхъ оболочекъ.	пищеварительнаго тракта.
85	20	„	1887.	1885.
90	8	„	1887.	1885.
92	7	св.	*Battini*	*Bottini*
96	13	„	p. 69.	p. 69. см. стр. 241.—
97	14	„	*Donalies*'омъ	*Donalies*'омъ (1906)
110	12	„	102	103
„	22	„	1875.	1895.
112	4	„	*Martin*	*Mastin*
„	„	„	*Treves*	*Trèves*
„	12	сн.	*Müller*'омъ [1])	*Müller*'омъ [1]) и др. (см. стр. 521).
122	2	„	стр.	p.
126	5	„	— **Porta.**	—1861. **Porta.**
127	19	„	239.—	239.—1885. **Schück.** см. стр. 85.
129	12	„	1375.—	1375. — 1913. **Manewitsch.** Ueber die Dauererfolge der operativen Behandlung des Angioma arteriale racemosum. I. D. Strassburg. см. M.m.W.—
136	9	св.	**Reclus.**	**Reclus.** Sur une observation d'angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire. Soc. chir. 3 mai. p. 342. см. M. B. и V.I.B. — 1882. **Farabeuf.** Rapport sur le travail de M. Reclus. ibid.—
164	17	сн.	1812.	1912.
„	14	„	18. IV.	18. IV. № 3; Br. J. derm. Oct.; см. Derm. W. 27. № 49. p. 1502 и Derm. Z. XIX. p. 1026. — 1912. **Гармашовъ.** Предъявленіе больного съ обширной сосудистой опухолью руки. Труды Кіевскаго хир. Общ. при Унив. III. см. Р. В. № 47.

Стр.	*Строчка*		*Напечатано:*	*Должно быть:*
176	1	сн.	189 № 1.	1899. № 11.
180	12	„	—мѣсячной дѣвочки	—мѣсячнаго мальчика
181	5	„	*Laffont.*	*Laffond.*
183	13	„	**Laffond.**	1909. **Laffond.**
201	4	„	опухоли.	опухоли)
207	14 и 16	св.	1865,	1861,
„	16	„	*Teevan*	*Teewan*
„	21	„	1903,	1903, *Eve* 1903 (см. стр. 531),
„	24	„	случай),	случай), *Blank* 1908 (см. стр. 550),
208	13	„	*Koch*'омъ	*Koch*
211	12	„	пропущено примѣчаніе къ цыфрѣ 69)	Цыфры соотвѣтствуютъ номерамъ по порядку случаевъ въ табл. № *3* (см. приложеніе, стр. 580).
221	14	сн.	*Koch*'у,	*Koch*,
224	1	„	striès. Thése.	striés. Thèse.
226	15	„	Davis.—	Davis.—1891. **Stamm.** см. стр. 64.—
227	7	„	gaud.—	gaud.—1903. **Eve.** см. стр. 535.—
228	5	„	50.	50.—1908. **Blank.** см. стр. 520.—
229	6	„	429.—	429.—1912. **Deutschländer.** Angiocavernom des Quadrizeps. Дем. Aerztlicher Verein zu Hamburg. 5. XI. Hp. in M.m.W. № 47. p. 2593.—
232	2, 4 и 5	сн.	XIX) **XIX.** XIX,	XX) **XX.** XX,
233	4	св.	пропущено примѣчаніе къ цыфрѣ 5)	Цыфры соотвѣтствуютъ номерамъ по порядку случаевъ въ табл. № *4* (см. приложеніе, стр. 602).
237	4	сн.	**Heymann.**	**Heymans.**
238	10, 13 и 14	св.	XX) **XX.** XX)	XXI) **XXI.** XXI)
239	9	сн.	XXI (см. стр. 230)	XXII (см. стр. 240)
240	3	св.	**XXI.**	**XXII.**
240	12	сн.	пропущено примѣчаніе къ цыфрѣ 11)	Цыфры соотвѣтствуютъ номерамъ по порядку случаевъ въ табл. № *5* (см. приложеніе, стр. 606).
245	14	„	I. D.	I. D. Göttingen.
249	2	„	случая),	случая), *Михайловъ* 1900 (см. стр. 549).
250	11 и 12	св.	XXII. **XXII.**	XXIII. **XXIII.**
253	9	„	др.—	др.—1900. **Михайловъ**, см. стр. 307.—
254	5	сн.	только однимъ авторомъ	только двумя авторами—*Lammers*'омъ (1893) и *Blank*'омъ (1908, см. стр. 550).
255	19	св.	—604.	—604.—1908. **Blank.** см. стр. 520.—
257	1	сн.	Benneke.—	Benneke.—1891. **Stamm.** см. стр. 64.—
258	1	св.	и др.	и др.—1899. **Ullmann.** см. стр. 179.—
258	9	св.	2190.—	2190.—1098. **Blank.** см. стр. 520.—
265	21	„	1897, *Mariani* 1906	1897, *Julliard* 1904, *Mariani* 1906 и

Стр.	*Строчка*	*Напечатано:*	*Должно быть:*
		и *Julliard* 1904.	*Ghon* 1908 (см. стр. 551).
266	9 сн.	*Клопотовскимъ*	*Клопотовскимъ* (1911)
267	16 „	**Клопотовскій.**	1911. **Клопотовскій.**
„	2 „	одинъ случай	два случая гемангіомъ (сл. *Lammers*'а и *Blank*'а).
269	10 „	Швеціи ихъ)	Швеціи) ихъ
272	7 „	*Levis*	*Lewis*
273	3 св.	1906	1909
274	14 сн.	—*Hirschfeld*'а)	*Hirschfeld*'а 1896).
280	1 „	23	234.
312	15 „	*Golovina Ammon*	*Golovina-Ammon*
327	10 св.	320	321
329	2 „	мѣсяцевъ.	мѣсяцевъ (см. стр. 280 и 552).
357	3 „	(1891),	(1891), *Borrmann* (1907. см. стр. 550),
„	22 „	*Konjetzny*	*Konjetzny* (см. стр. 169)
„	12 сн.	два	три
„	8 „	кавернозными.	кавернозными, въ третьемъ смѣшаннаго строенія.
358	3 св.	1567.—	1567.—1907. **Borrmann**. см. стр. 555.—
368	1 сн.	работы).—	работы).—**Sijila**. Über Prolaps (Angiom) der weiblichen Urethralschleimhaut Mitteilungen aus der gynäkol. Klinik v. Engström in Helsingfors. Bd. I. H. 3.—**Онь-же**. Weitere vier Fälle von Angiom der Urethra. Bd. V. H. 3. (Обѣ работы мнѣ не были доступны).—
380	11 „	371.	371.—1911. **Panzer**. см. стр. 366.
382	11 св.	венъ.	венъ. *(?)*
397	16 „	случаи	случаи.
403	7 сн.	*мною*,	*мною* (см. выше, стр. 398),
415	2 „	2201.—	2201.—1912. **Planchu**. Tumeur bénin du placenta. Revue mensuelle de gynécologie et obstétrique. VII. № 9. см. C. Gyn. 1913. № 2. p. 87.—1912. **Jötten**. Über solide Placentartumoren. I.D. Berlin. см. M.f.G. 1913. XXXVII. 1. p. 142 и 144.—1912. **Commandeur et Lacassagne**. Tumeur bénin du placenta. Lyon méd. № 39. см. C. Gyn. 1913. № 11. p. 408.—1913. **Elten**. Das Placentarangiom—eine echte Geschwulst. M.f.G. XXXVI. 6.—
417	15 сн.	*Coutela*—	*Coutela* (1904)—
418	11 св.	*Morris u Guldenarm* и *Lenz u Winkler*	*Morris* и *Guldernam*, *Lenz u Winkler*

Стр.	*Строчка*		*Напечатано:*	*Должно быть:*
429	15	сн.	*Sterzing* 1905,	*Sterzing* 1908,
„	13	„	*Isenschmid* 1911	*Isenschmid* 1912
441	14	сн.	p. 210 [1]).—	p. 210 [1]).—1913. **Oppenheim.** Klinische Eigentümlichkeiten kongenitaler Hirngeschwülste. Neur. C. № 1.—
460	1	„	II. p.	II. 1904. p.
466	1	св.	**enmann.**	**genmann.**
469	1	сн.	II.	II. 1904.
483	6	„	p. 458.	p. 458.—1913. **Wätzold.** Tumoren der Caruncula lacrimalis. Berl. opht. G. 23. II. Пр. in B.kl.W. № 13. p. 616.—
504	11	„	см. Lagrange и др.	Дисс. *Fermond* просмотрѣна мною въ подлинникѣ.
„	1	„	dans	dans les
506	14	„	Path.	Path.—1908. **Kraus.** Zur Kasuistik und Diagnostik der Orbitalgeschwülste. Aerztl. Verein. Marburg. 16. XI. Пр. in M.m.W. 1909. p. 424.—
507	4	„	спискѣ	таблицѣ
511	19	„	митральныхъ клапановъ.	митральнаго клапана.
512	5	св.	*Tannenhain*'омъ,	*Tannenhain*'омъ 1894,
520	17	сн.	p. 512.—	p. 559 и 901.—
530	1	„	III.—	III.—1913. **Weil.** Peritendinöse Angiome am Vorderarm. Breslauer chir. G. Пр. in B.kl.W. № 11. p. 513.—1913. **Partsch.** Пренія ibid. см. ibid.
540	10	св.	373,	273,
555	7	сн.	Z. B.	Z. Beitr.
608	2	„	*1879* / 18 0	*1879* / 1880
699	4	св.	Х.Г.К.Н.У.	Г.Х.К.Н.У.
765	4	сн.	Künstliche	künstliche
727	16	„	таблицѣ.	таблицѣ XXXII.
„	17	„	**Таблица.**	**Таблица XXXII.**
732	20	„	var“,	war“,
762	4	„	(П.А.К.С.Г.Б.)	(П.А.К.О.С.Г.Б.)
767	4	сн.	Г.Т.К.	Г.Т.К.Н.У.
782	19	св.	(П.А.К.Н.Г.Б.)	(П.А.К.О.Н.Г.Б.)
813	19	сн.	А.Г.К.	А.Г.К.Н.У.
820	10	св.	(П.А.К.Н.Г.Б.)	(П.А.К.О.Н.Г Б.)
872	3	„	phlebectasia racemosa	phlebectasia cirsoidea

XI	2	св.	Одинъ изъ	Однимъ изъ

ПРИЛОЖЕНІЕ КЪ ТРЕТЬЕЙ ЧАСТИ.

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ*).

Табл. I. Рис. 1. Haemangiomata linguae, palati mollis, laryngis et tracheae. Сл. X, см. стр. 680. Языкъ нѣсколько оттянутъ вправо, при чемъ въ кавернозную полость, изъ которой произошло смертельное кровотеченіе, введенъ зондъ. Мягкое небо съ язычкомъ отвернуты въ сторону. Трахея вскрыта по своей задней стѣнкѣ продольнымъ разрѣзомъ. Края разрѣза раздвинуты и въ глубинѣ между ними видны покрытая кровью слизистая гортани и трахеи, небольшія, синяго цвѣта опухоли (гемангіомы) въ этой слизистой и продольная трахеотомическая рана. По обѣ стороны отъ трахеи видны продольно разрѣзанныя части пищевода. Рис. въ краскахъ сдѣланъ художникомъ *В. П. Никулинымъ*.

Табл. II. Рис. 2, 3 и 4. Haemangiomata hepatis. Сл. LXXIX, см. стр. 817. Фотографическіе снимки. На рис. 2-омъ изображена верхняя поверхность печени, на рис. 3-ьемъ виденъ разрѣзъ черезъ ту же печень въ области наибольшаго распространенія большой опухоли, наконецъ, на рис. 4-омъ представленъ разрѣзъ черезъ ту же печень, проведенный по периферіи большой опухоли.

Табл. III. Рис. 5. Angioma arteriale racemosum capitis. Сл. VIII, см. стр. 669. Фотографическій снимокъ больного до операціи. — **Рис. 6.** Phlebectasia cirsoidea placentae. Сл. XCI, см. стр. 866. Рисунокъ карандашомъ сдѣланъ художникомъ *В. П. Никулинымъ*. Для болѣе удобнаго оріентированія въ сосудахъ поверхности послѣда здѣсь же (см. стр. 935) приводится, въ уменьшенномъ видѣ, схематическое изобра-

---

*) Репродукція рисунковъ и фотографическихъ снимковъ произведена фирмой *Meisenbach, Riffarth и Co.* въ Лейпцигѣ. Репродукціи (особенно микрофотографическихъ снимковъ, рис. 7—48) рекомендуется разсматривать съ лупой, такъ какъ тогда выступаютъ многія детали, незамѣтныя при разсматриваніи простымъ глазомъ.

женіе ихъ расположенія. На схемѣ[1]) обозначены вена *I* и одинъ изъ ея корешковъ *Ib*, затѣмъ вена *II* и два ея корешка: вена *IIa* и болѣе мелкія ея корешки *a1*, *a2*, *a3*, *a4* и *a5* и вена *IIb*, въ свою очередь составляющаяся изъ сліянія корешковъ *b1* и *b2*; наконецъ, отмѣчена артерія *A*.

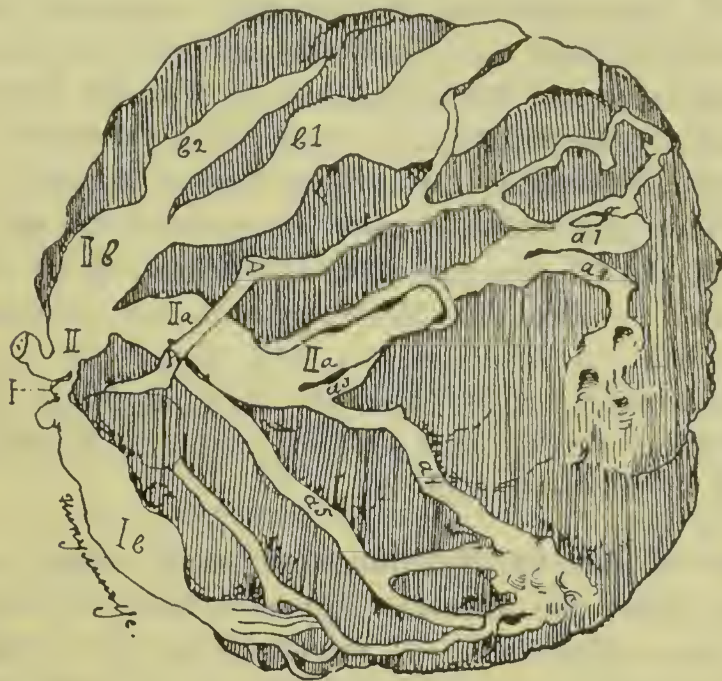


Схема расположенія сосудовъ на рис. 6.

Табл. IV. Рис. 7. Haemangioma capillare simplex et cavernosum cutis frontis. Сл. II, см. стр. 661. Микрофотографическій снимокъ[2]) (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 8.** Haemangioma capillare cutis capitis circumscriptum. Сл. VI, см. стр. 668. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 9.** Angioma arteriale racemosum capitis. Сл. VIII, см. стр. 671. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 10.** Тотъ же случай. Другое мѣсто, см. стр. 672. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 11.** Тотъ же случай. Третье

---

[1]) Клише данной схемы сдѣлано фирмой *Новакъ и Побуда* въ Одессѣ.

[2]) Всѣ микрофотографическіе снимки (рис. 7—48) сняты при помощи микрофотографическаго прибора Zeiss'a. При изготовленіи многихъ микрофотографическихъ снимковъ мнѣ словомъ и дѣломъ очень много помогъ глубокоуважаемый приватъ-доцентъ баронъ *М. М. Тизенгаузенъ*, которому я за это приношу искреннюю благодарность.

мѣсто, см. стр. 672. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 12.** Тотъ же случай. Четвертое мѣсто, см. стр. 673. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2).

Табл. V. Рис. 13. Haemangioma cavernosum linguae. Сл. X, см. стр. 680. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 14.** Haemangioma cavernosum glandulae lymphaticae regionis submaxillaris sin. Тотъ же случай, см. стр. 682. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис. 15.** Haemangioma cavernosum circumscriptum regionis cutis mammae. Сл. XIII, см. стр. 688. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис. 16.** Haemangioma cavernosum cutis thoracis circumscriptum prominens. Сл. XVIII, см. стр. 696. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис. 17.** Haemangioma cavernosum subcutis regionis cruris. Сл. XXV, см. стр. 712. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 18.** Haemangioma cavernosum regionis fasciae surae. Сл. XXVI, см. стр. 713. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2).

Табл. VI. Рис. 19. Haemangioma cavernosum regionis fasciae surae. Тотъ же случай. Другое мѣсто, см. стр. 715. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 4). — **Рис. 20.** Сосудистая опухоль кожи. Сл. XXXI, см. стр. 725. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис. 21.** Тотъ же случай при большемъ увеличеніи. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 4). — **Рис. 22.** Тотъ же случай. Другое мѣсто. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 4). — **Рис. 23.** Haemangioma cavernosum ossis frontis. Сл. XXXII, см. стр. 736. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис. 24.** Тотъ же случай при большемъ увеличеніи. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 4).

Табл. VII. Рис. 25. Haemangioma cavernosum linguae. Сл. XXXIII, см. стр. 739. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 26.** Haemangioma cavernosum musculi recti femoris. Сл. XXXV, см. стр. 745. Съ правой стороны рис. виденъ участокъ гладкой мышечной ткани и небольшой участокъ жировой ткани, посрединѣ и вверху —нѣсколько участковъ поперечнополосатыхъ мышцъ, перерѣзанныхъ въ поперечномъ направленіи, слѣва видна группа кавернозныхъ полостей, раздѣленныхъ

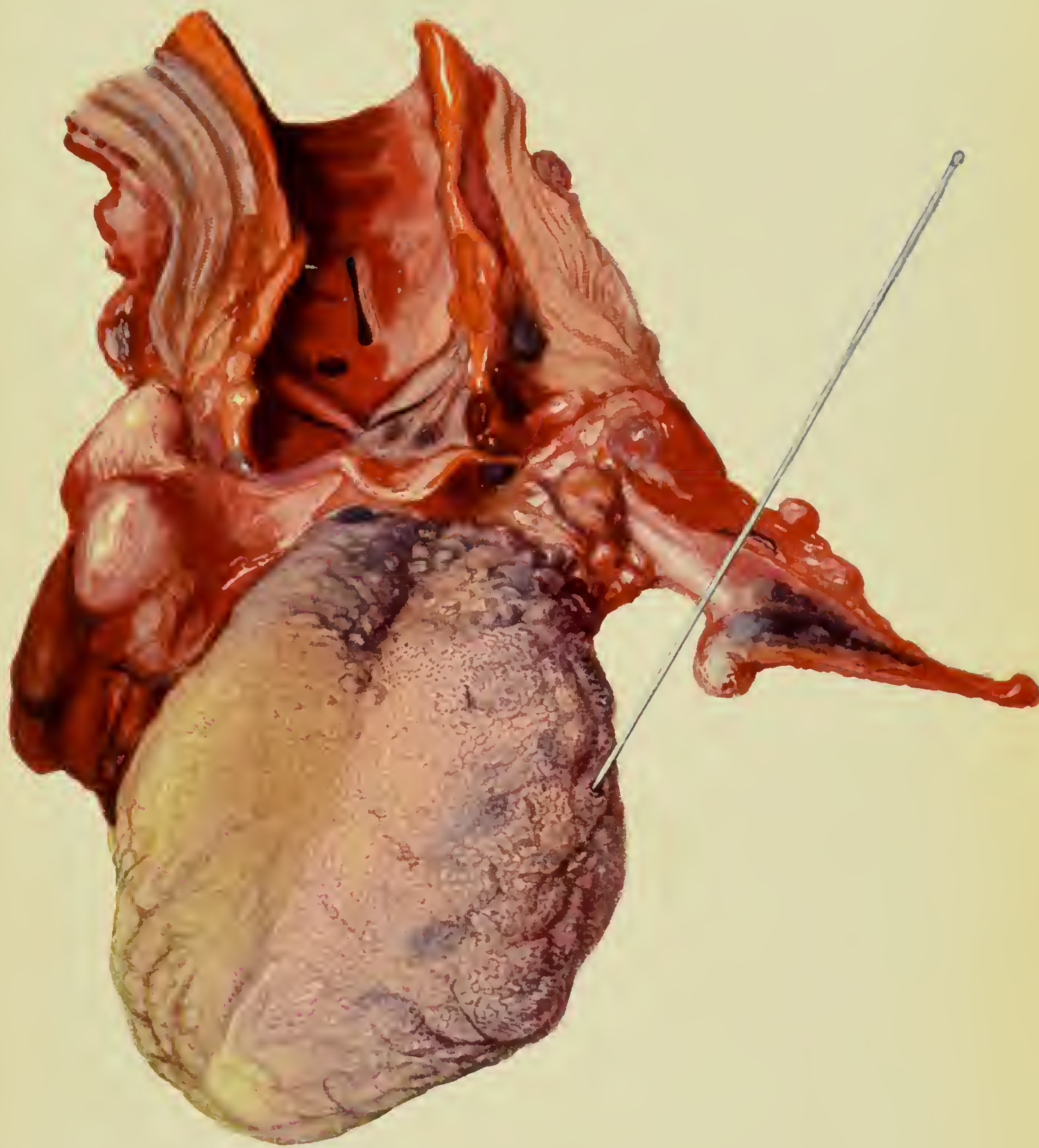
тонкими перегородками, внизу расположены участки гіалиновой соединительной и жировой ткани. Кромѣ того видны кровеносные и лимфатическіе сосуды и скопленія лимфоцитовъ (темныя точки). Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 27.** Тотъ же случай, другое мѣсто при большемъ увеличеніи. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 4). — **Рис. 28.** Тотъ же случай. Третье мѣсто, см. стр. 746. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 29.** Haemangioma cavernosum hepatis. Сл. LI, см. стр. 769. Опухоль расположена вдали отъ печеночной капсулы, въ полостяхъ гемангіомы видны тромбы. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 30.** Haemangioma cavernosum hepatis. Сл. LV, см. стр. 777. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.).

Табл. VIII. Рис. 31. Haemangioma cavernosum hepatis. Сл. LIX, см. стр. 785. Справа и вверху видны полости опухоли, также вверху видна жировая инфильтрація, наконецъ, слѣва замѣтенъ значительный застой и атрофія печеночныхъ клѣтокъ. Кромѣ того виденъ круглоклѣточный инфильтратъ, особенно возлѣ самостоятельной группы полостей. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 32.** Haemangioma cavernosum hepatis Сл. LXXIII, см. стр. 809. Видна ясно выраженная капсула по окружности части гемангіомы. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm). — **Рис. 33.** Haemangioma cavernosum hepatis. Сл. LXXVII, см. стр. 814. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис 34.** Haemangioma cavernosum hepatis. Сл. LXXXIII, см. стр. 827. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 35.** Тотъ же случай. Другое мѣсто. Видна запустѣвшая полость. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 4). — **Рис. 36.** Тотъ же случай. Третье мѣсто. Видны атрофирующіяся печеночныя клѣтки въ соединительной ткани въ центрально расположенномъ участкѣ гемангіомы. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2).

Табл. IX. Рис. 37. Haemangioma cavernosum hepatis. Тотъ же случай (LXXXIII). Четвертое мѣсто. Видно выбуханіе полостей въ печеночную ткань. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 38.** Haemangioma cavernosum hepa-

tis. Сл. LXXXVII, см. стр. 835. Периферически расположенный участокъ кавернозной гемангіомы, состоящій почти сплошь изъ гомогенной соединительной ткани. Печеночная ткань жирно инфильтрирована. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2).—**Рис. 39.** Тотъ же случай. Другое мѣсто, см. стр. 836. Слѣва виденъ маленькій участокъ изъ гомогенной соединительной ткани, въ остальныхъ частяхъ опухоли видны спавшіяся полости. Микрофот. сним (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 40.** Тотъ же случай. Третье мѣсто. Группа изъ нѣсколькихъ сообщающихся другъ съ другомъ кавернозныхъ полостей среди атрофированной, застойной и жирно инфильтрированной печеночной ткани. Мѣстами въ послѣдней виденъ круглоклѣточный инфильтратъ. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 41**. Тотъ же случай. Четвертое мѣсто. Кавернозная гемангіома какъ бы сидитъ на вѣтви воротной вены и, повидимому, сообщается съ ея просвѣтомъ. Выше видна самостоятельная полость, стѣнка которой также связана со стѣнкой вѣтви воротной вены. Опухоль имѣетъ видъ „флебогенной" ангіомы (см. етр. 15, 177 и 521). Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 35 mm.). — **Рис. 42.** Haemangioma cavernosum pontis Varoli. Сл. XCII, см. стр. 874. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.).

Табл. X. Рис. 43. Haemangioma cavernosum lienis. Сл. XC, см. стр. 861. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 44.** Тотъ же случай при большемъ увеличеніи. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2). — **Рис. 45.** Haemangioma cavernosum orbitae. Сл. XCV, см. стр. 882. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 46.** Phlebectasia cavernosa intestini jejuni. Сл. XLVII, см. стр. 763. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 47.** Hepatitis interstitialis syphilitica. См. стр. 857 и 886. Въ старой грануляціонной ткани видны чрезвычайно многочисленные мелкіе сосуды, наполненные кровью (чернаго цвѣта), благодаря чему изображенный участокъ, на первый взглядъ, походитъ на сосудистую опухоль. Микрофот. сним. (Zeiss, Planar 70 mm.). — **Рис. 48.** Adenocarcinoma ventriculi. См. стр. 887. Участокъ, симулирующій кавернозную гемангіому. Микрофот. сним. (Zeiss, Ob. B, Projectionsoc. 2).

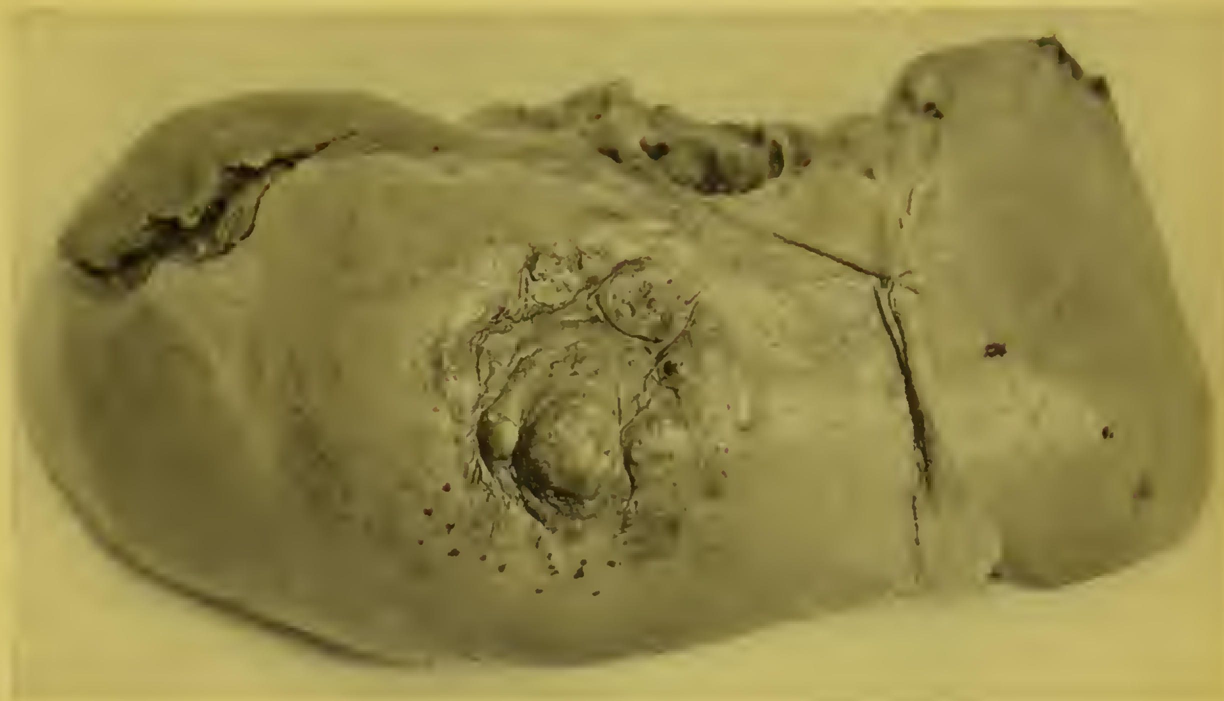


1

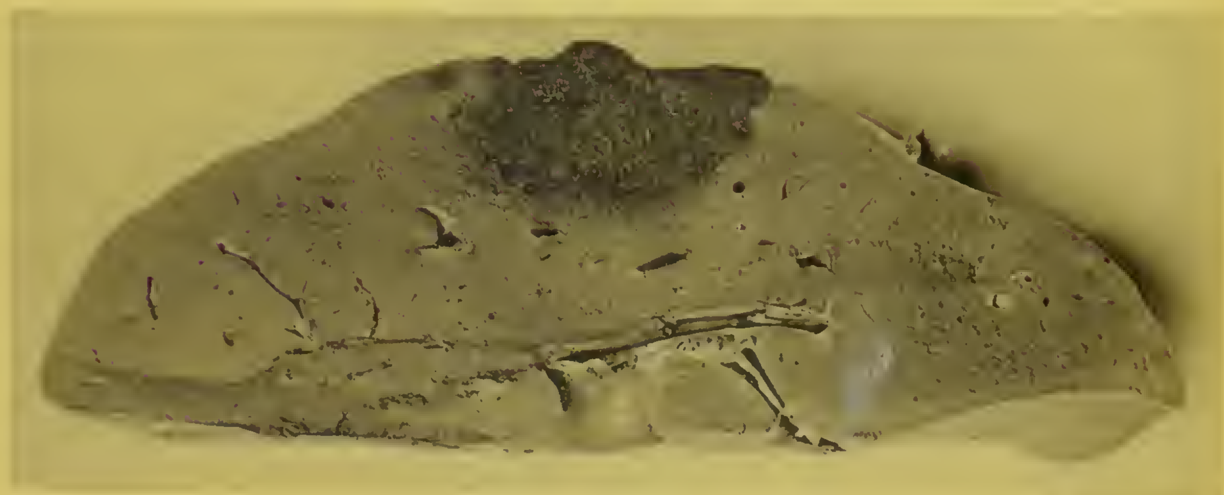
П. Е. Корманъ. Гемангіомы.

Meisenbach Riffarth & Co., Leipzi

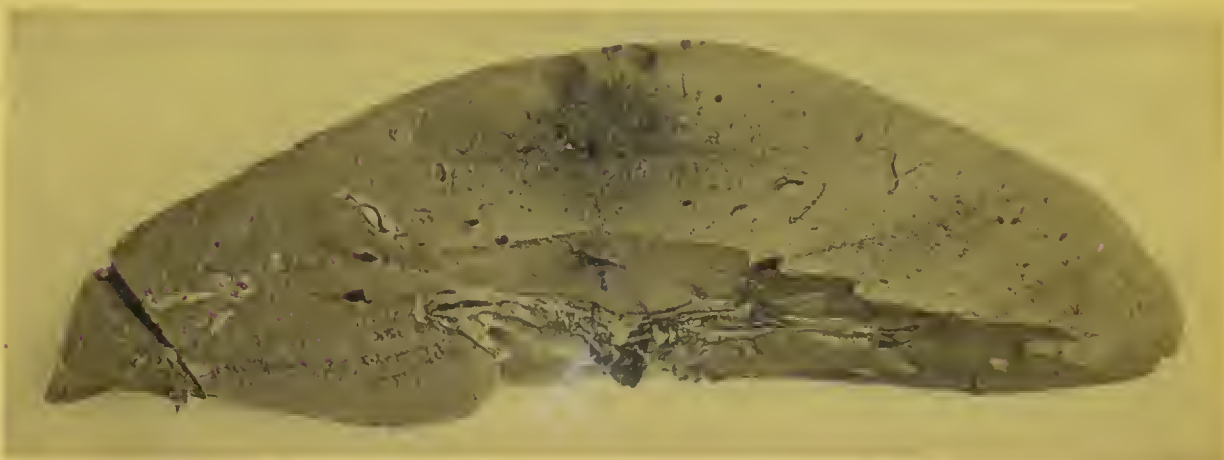

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY



2



3



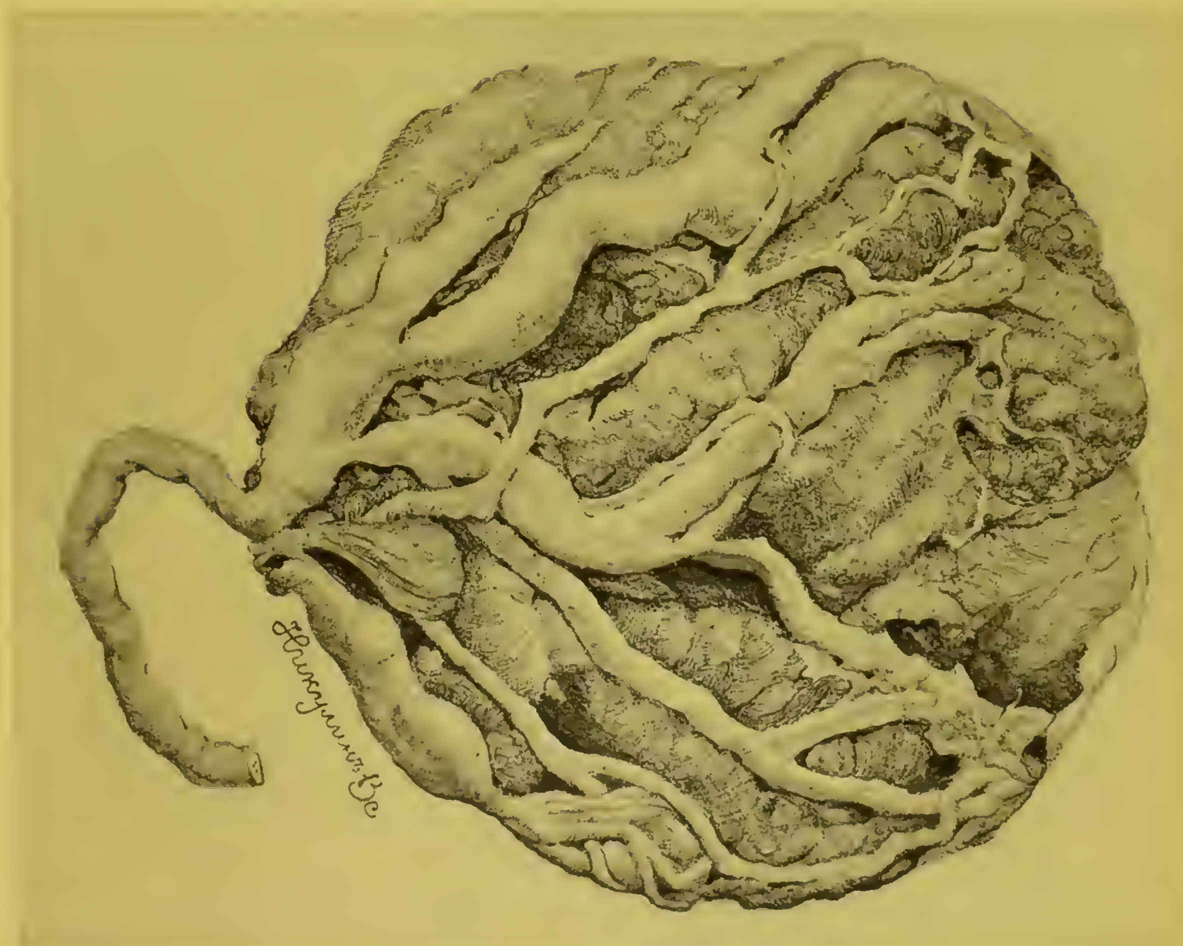
4

Meisenbach Riffarth & Co.


ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

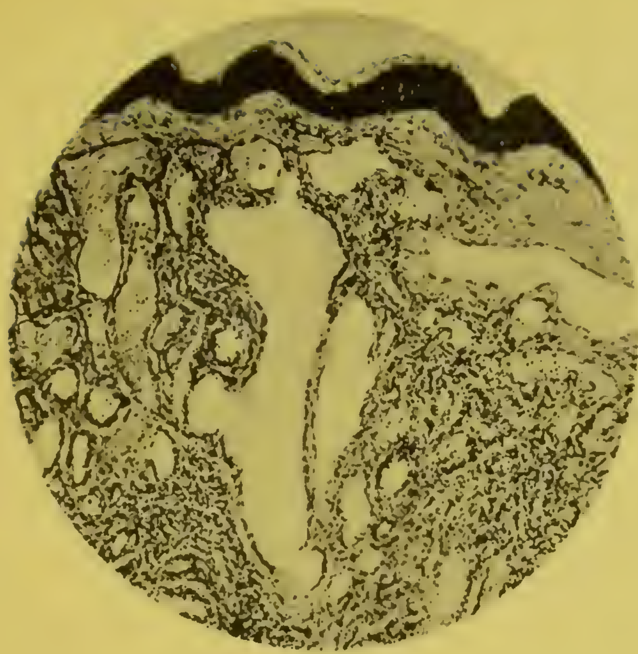


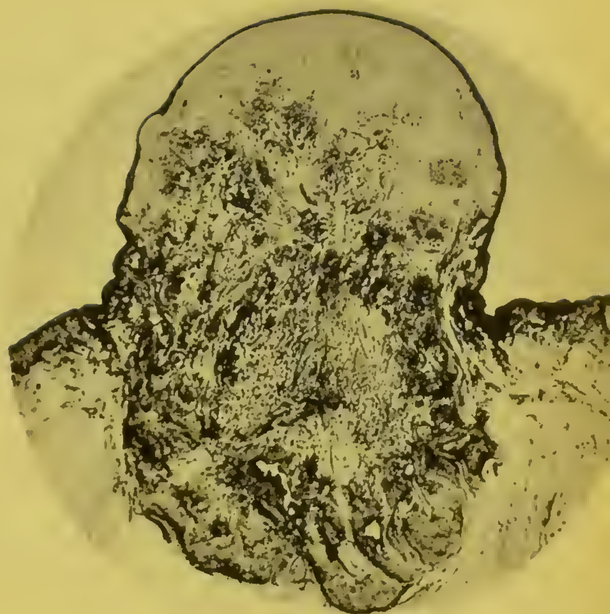
5

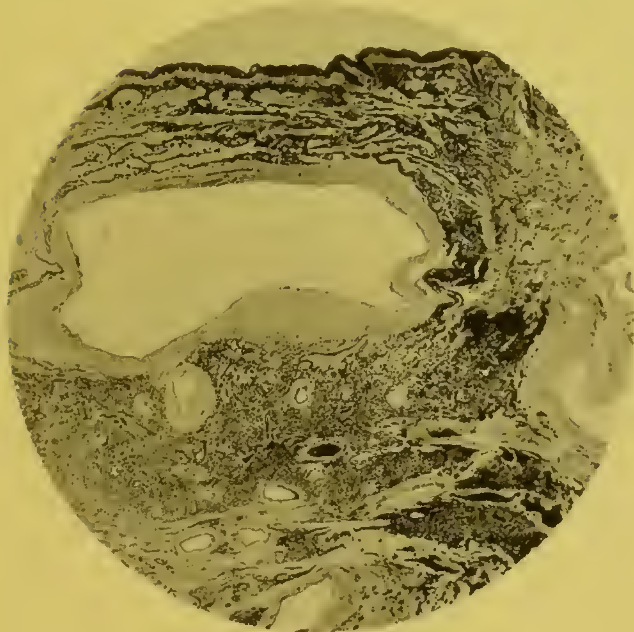


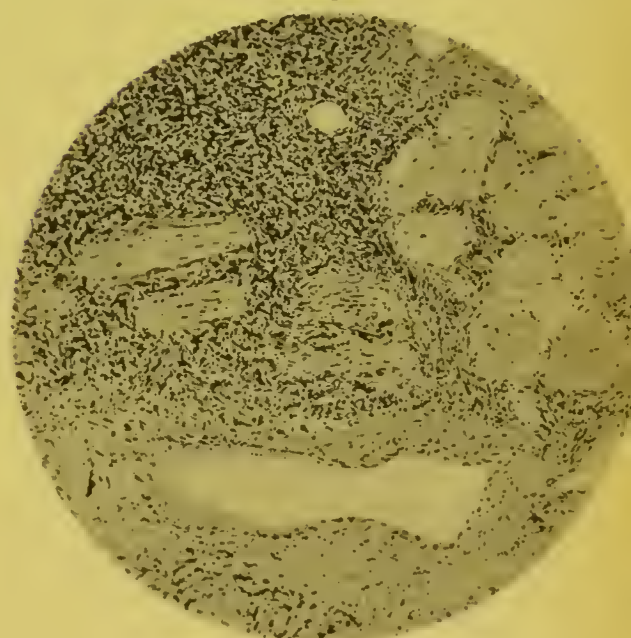
6

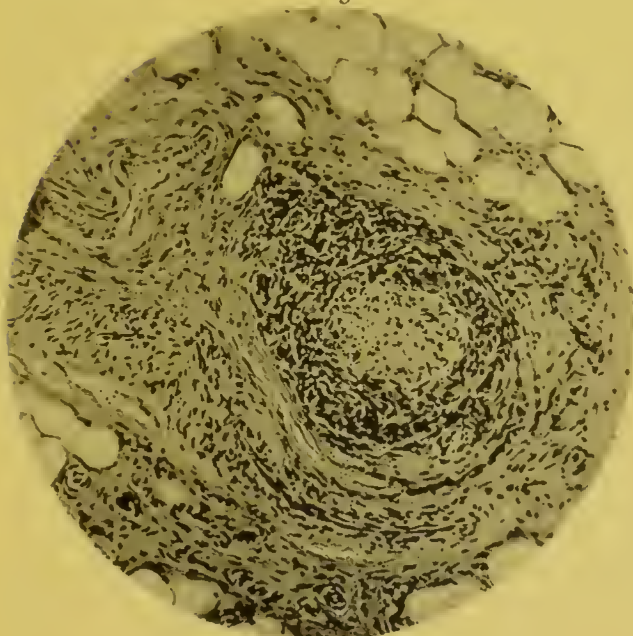
Meisenbach Riffarth & Co., Leipzig.

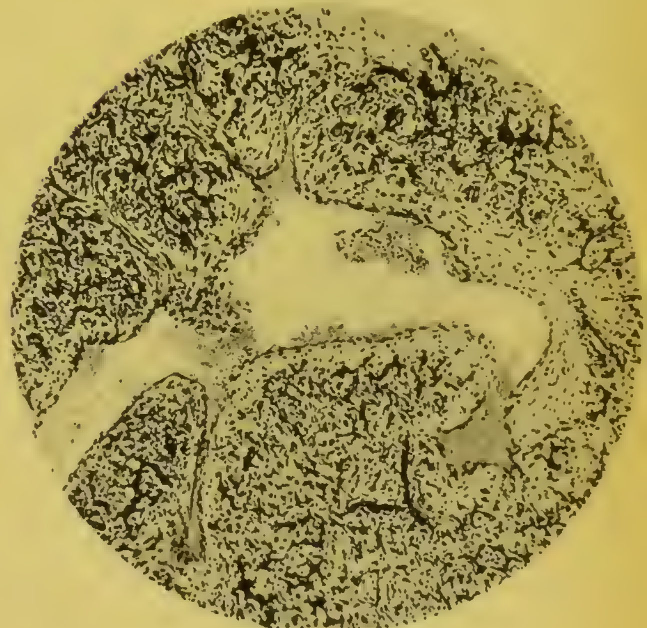

7


8


9

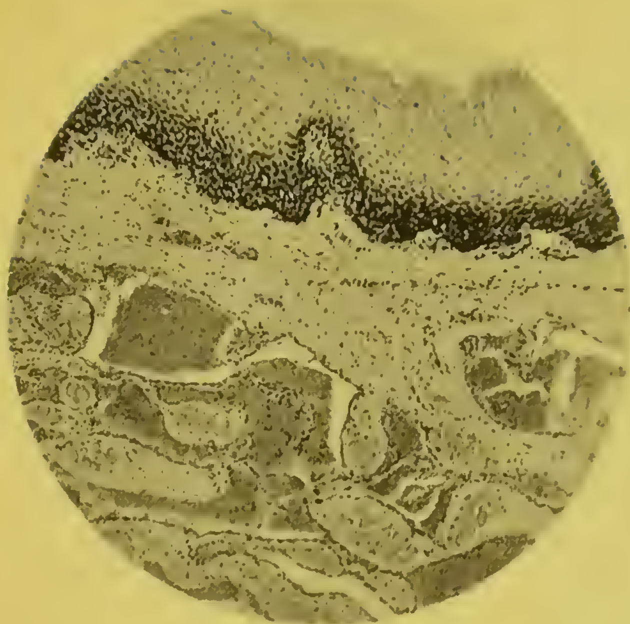

10

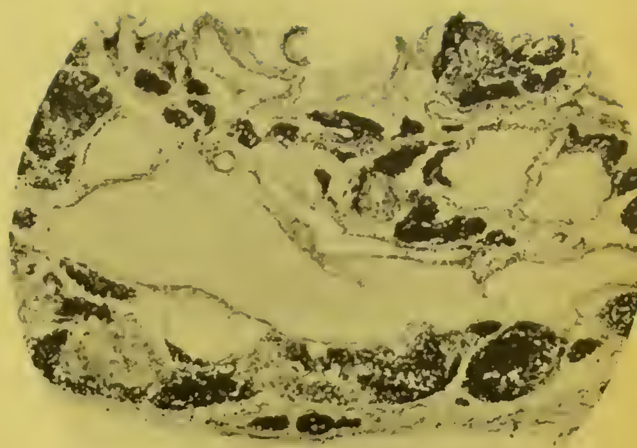

11

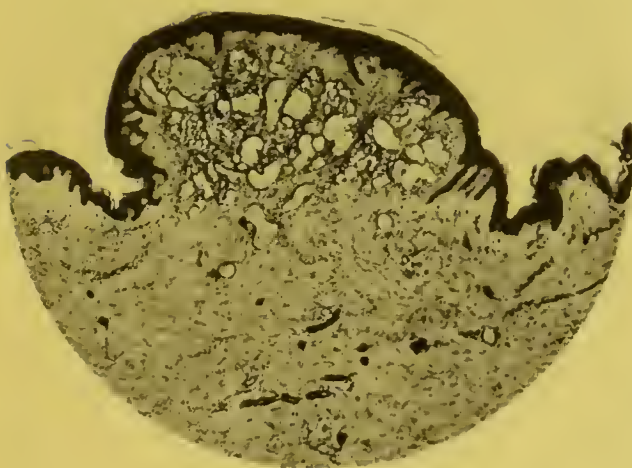

12

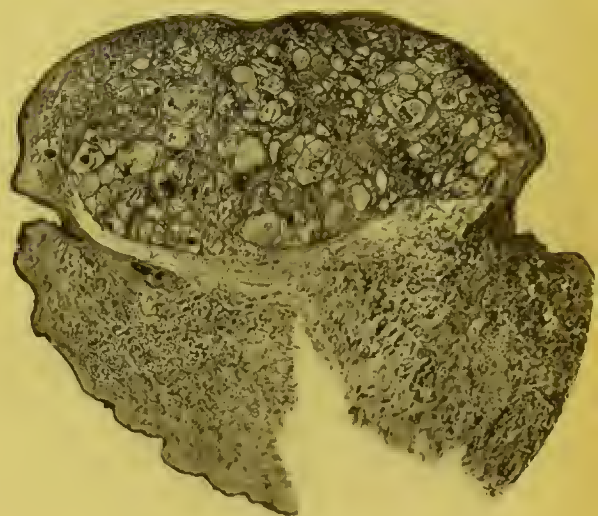
И. Е. Корнманъ. Гемангіомы.

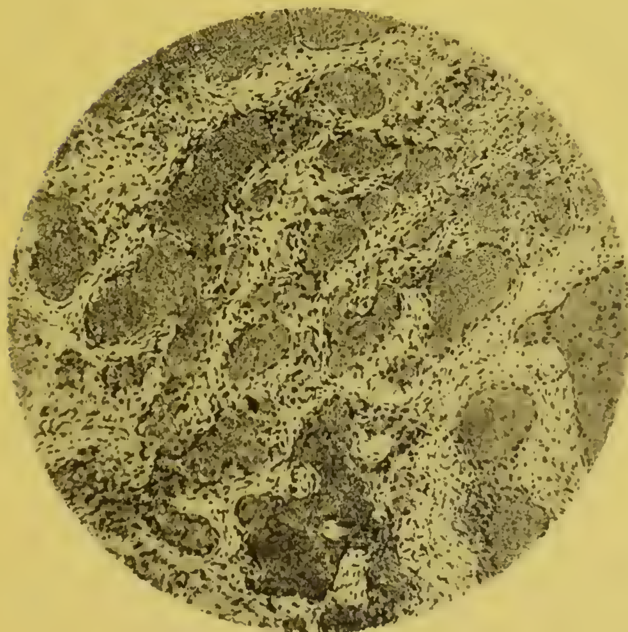
Meisenbach Riffarth & Co., Lei

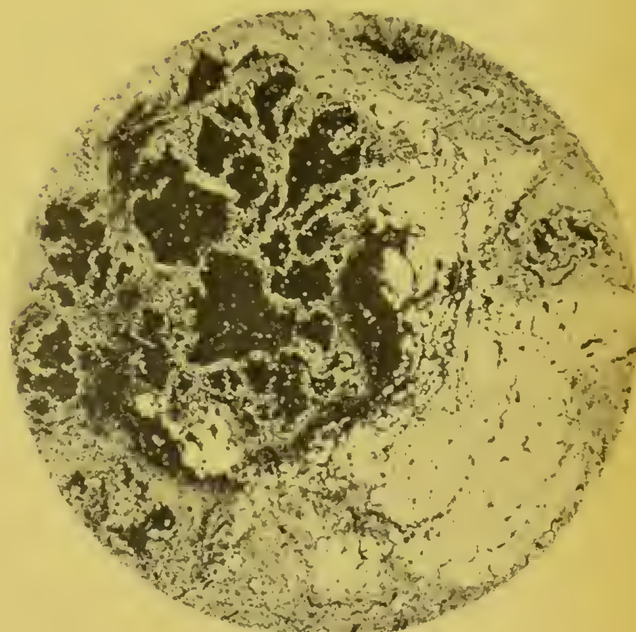

13


14


15


16

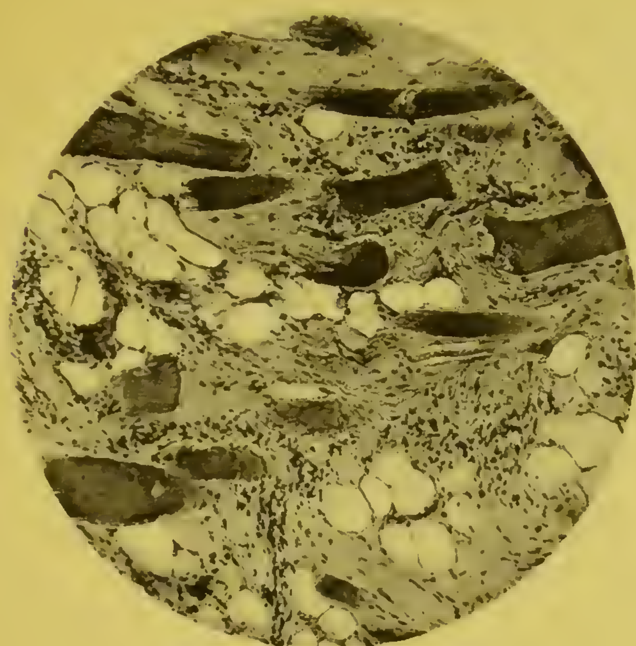

17


18

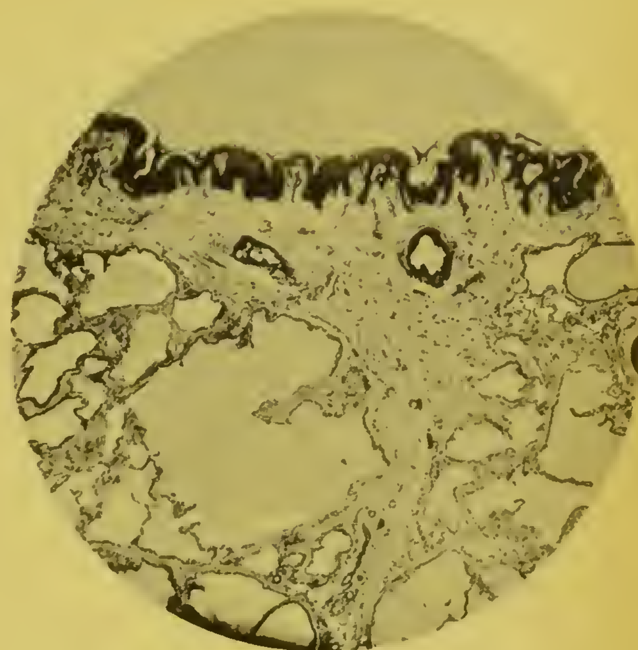
И. Е. Корнманъ. Гемангiомы.

Meisenbach Riffarth & Co., Leipz

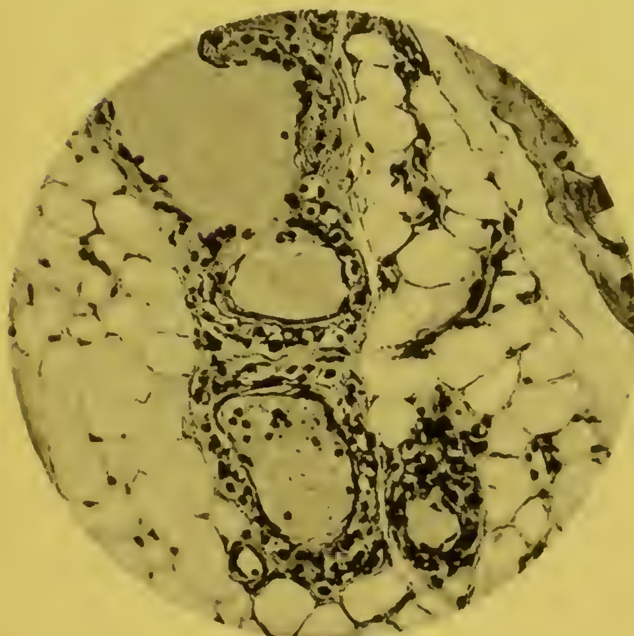

ROYAL COLL... OF SURGEONS OF ENGLAND



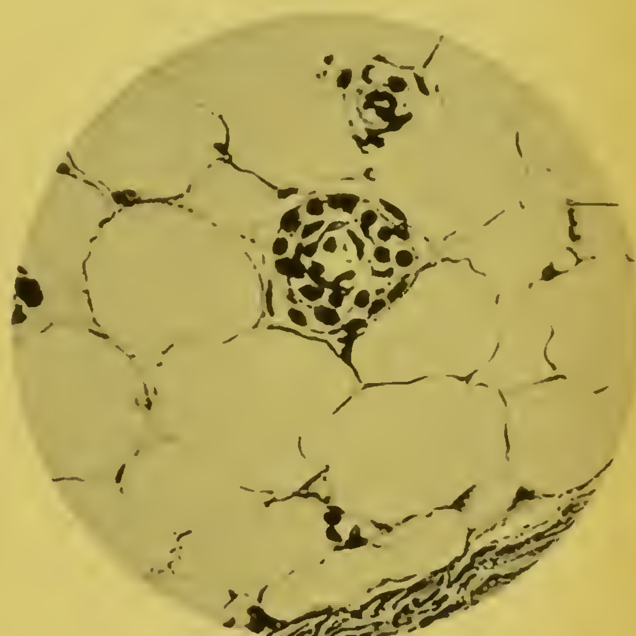
19



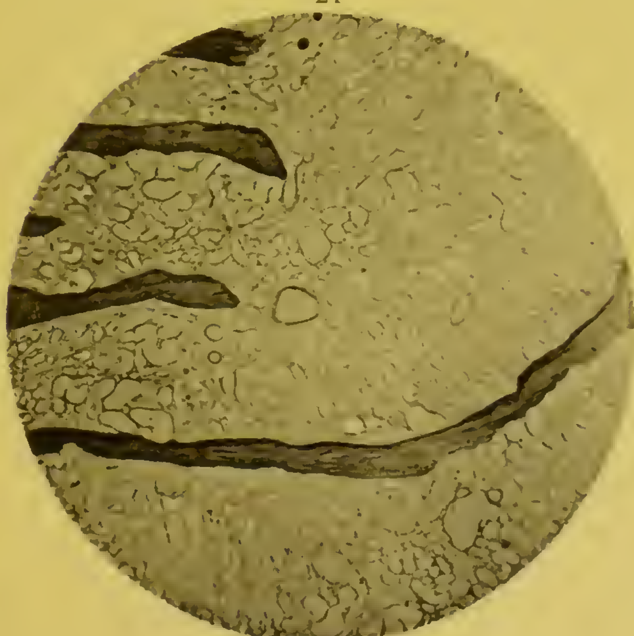
20



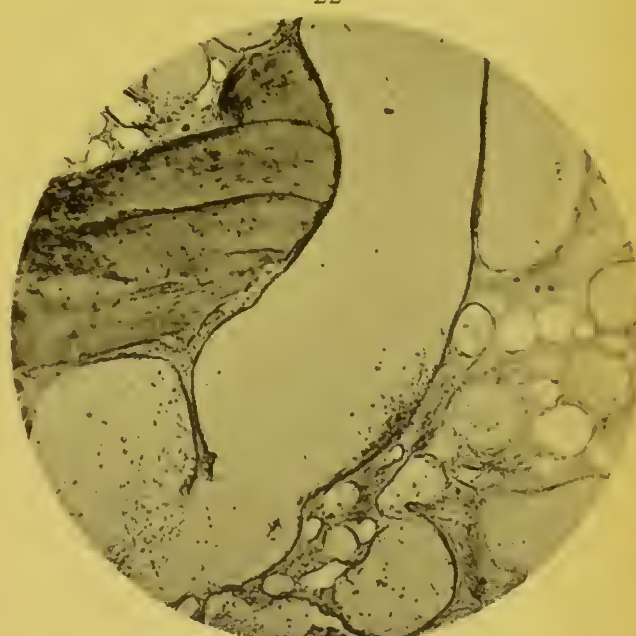
21



22



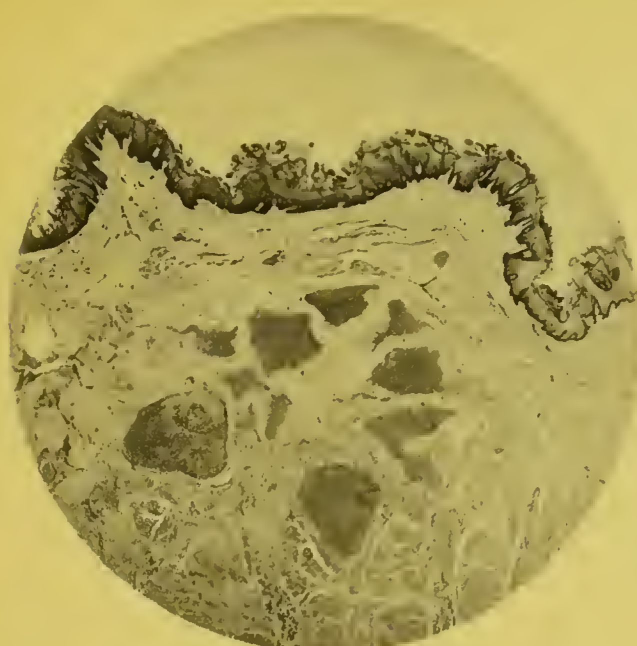
23

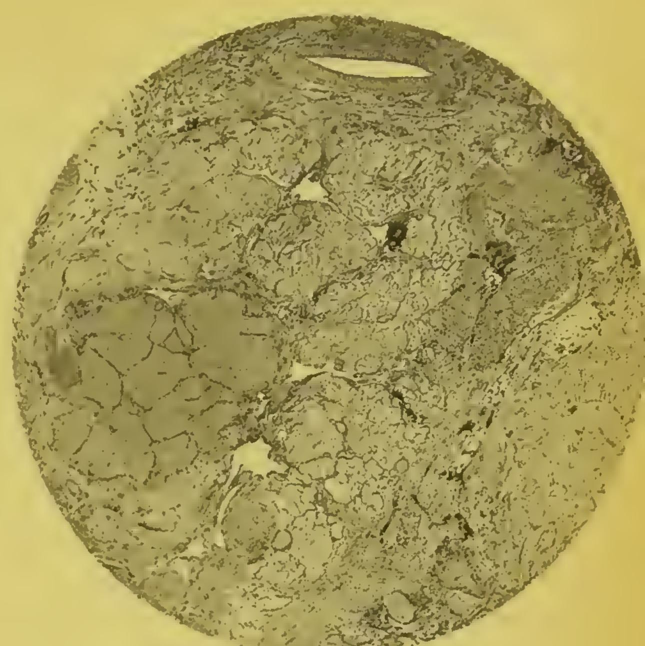


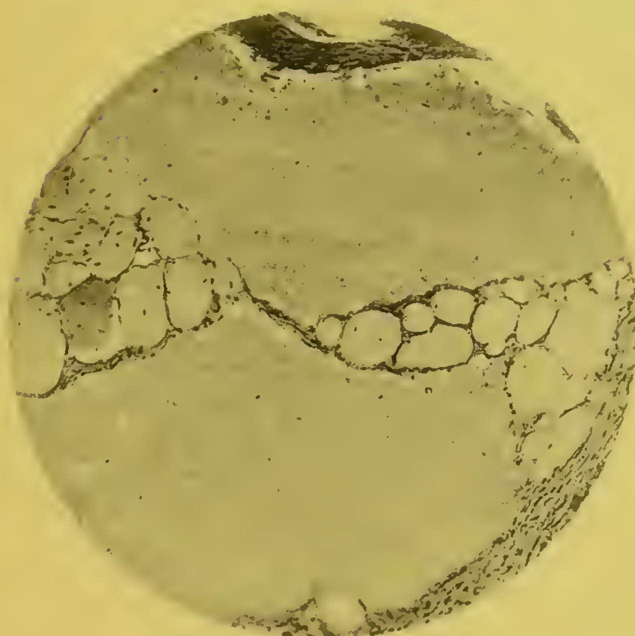
24

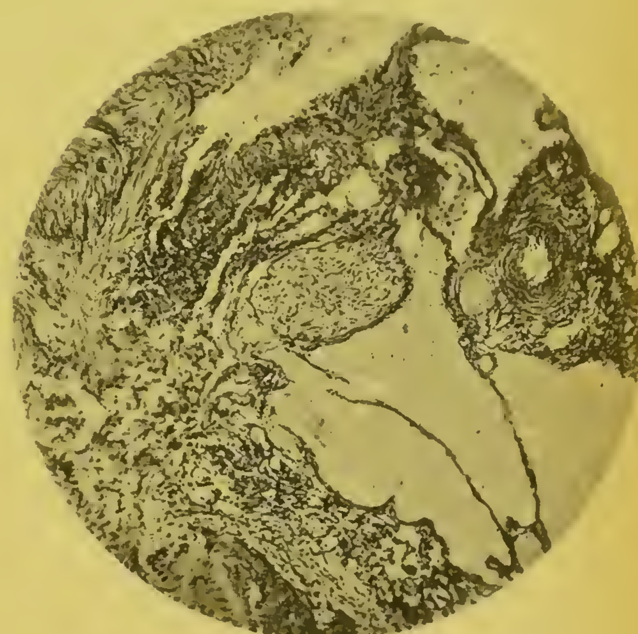
Meisenbach Riffarth & Co., Leipzig.

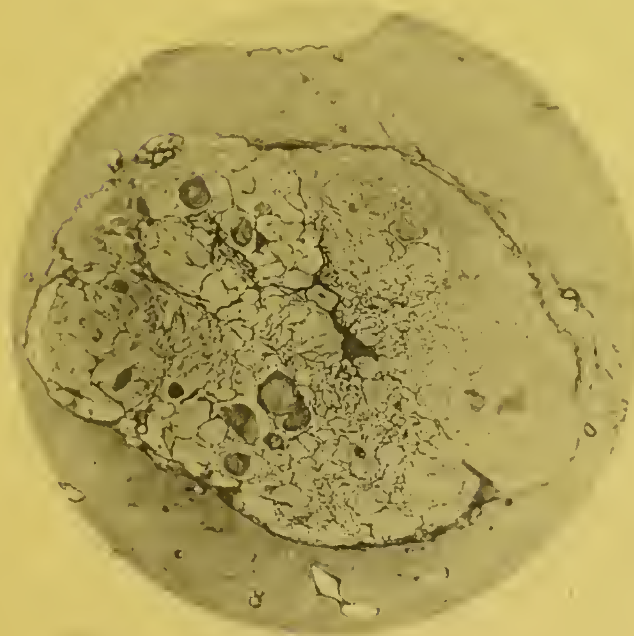

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
OCT 13
RARY

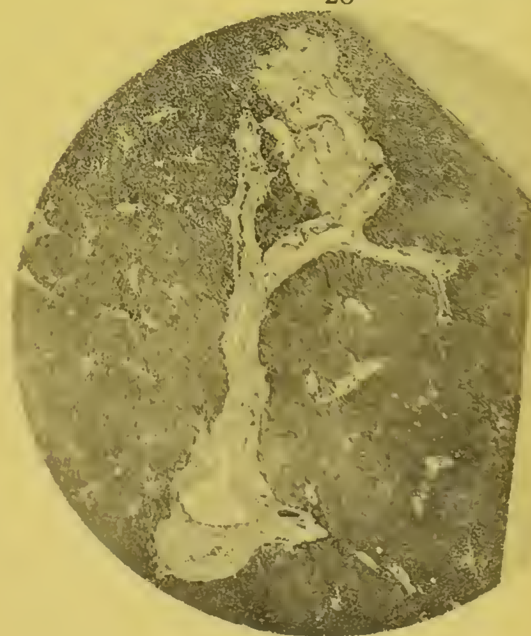

25


26


27


28


29

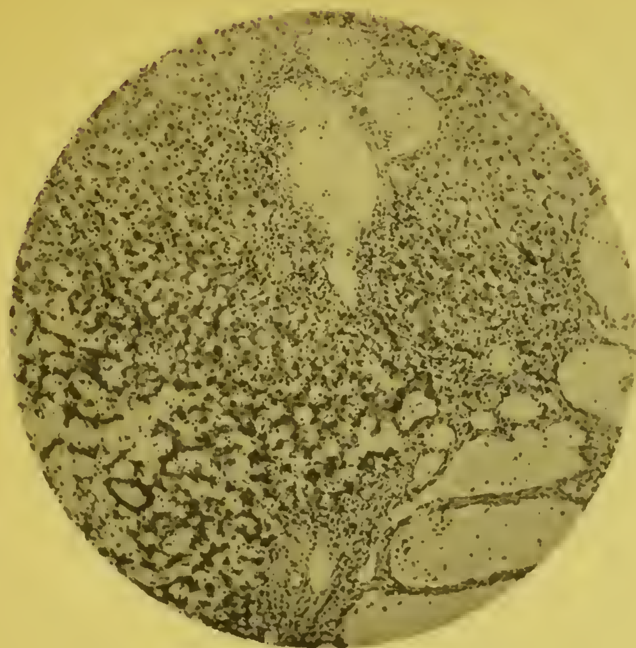

30

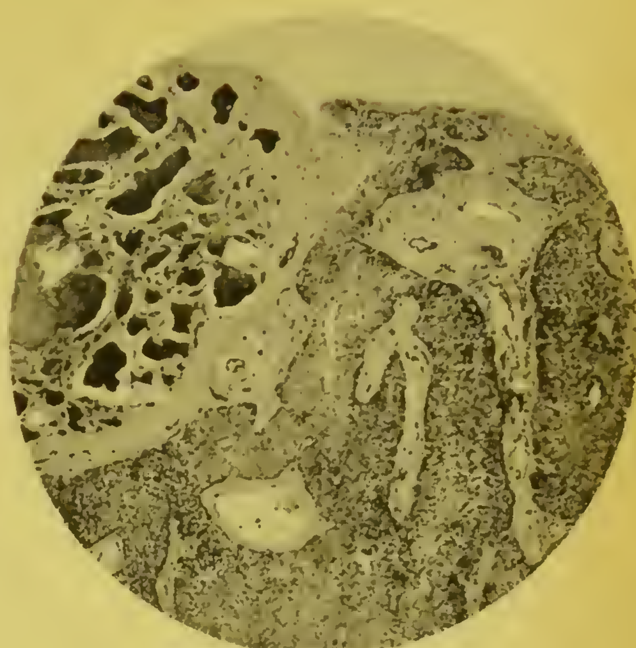
И. Е. Корнманъ. Гемангіомы.

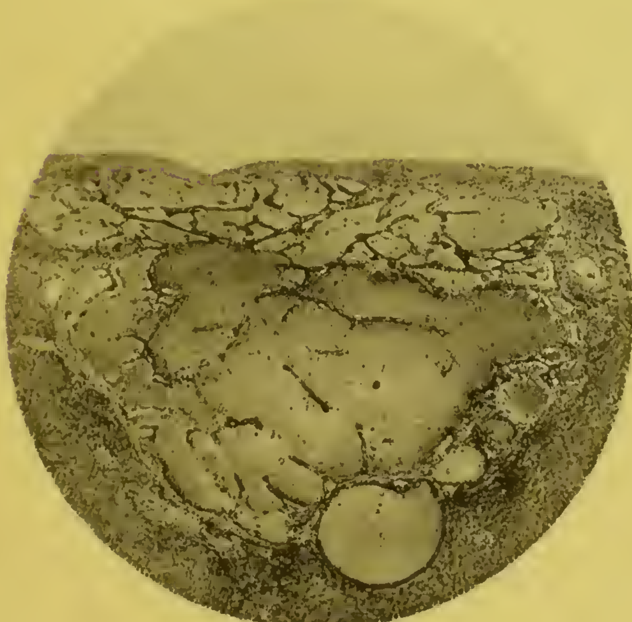
Meisenbach Riffarth & Co., Leipzi

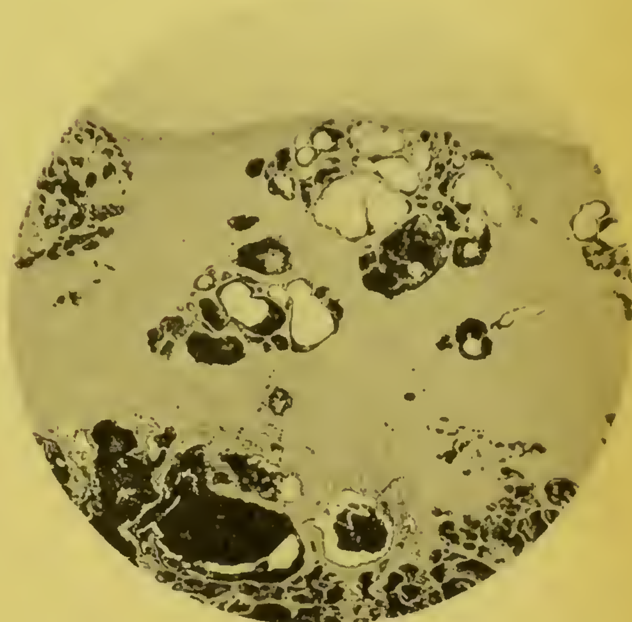


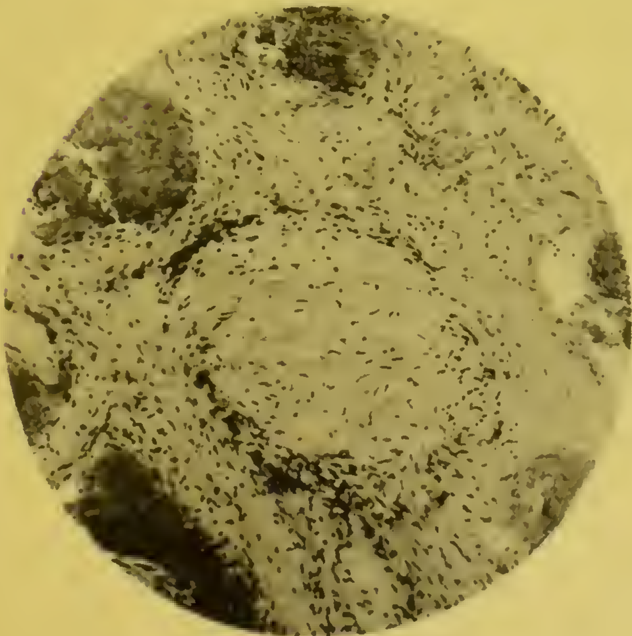
ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

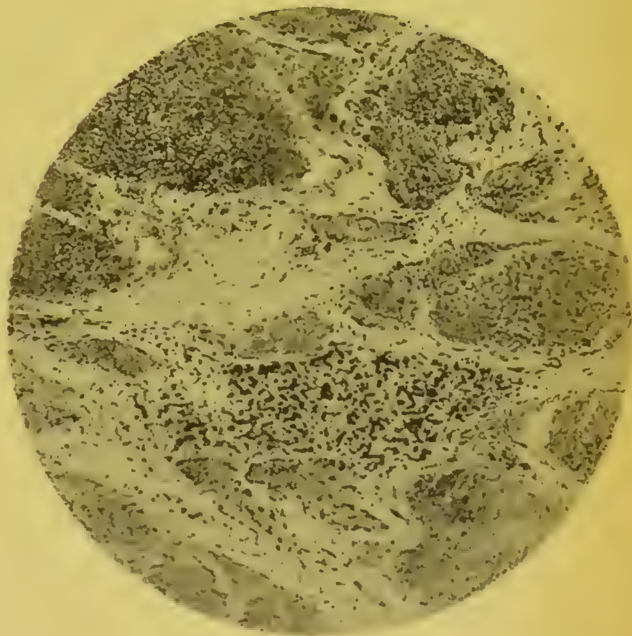

31


32


33


34

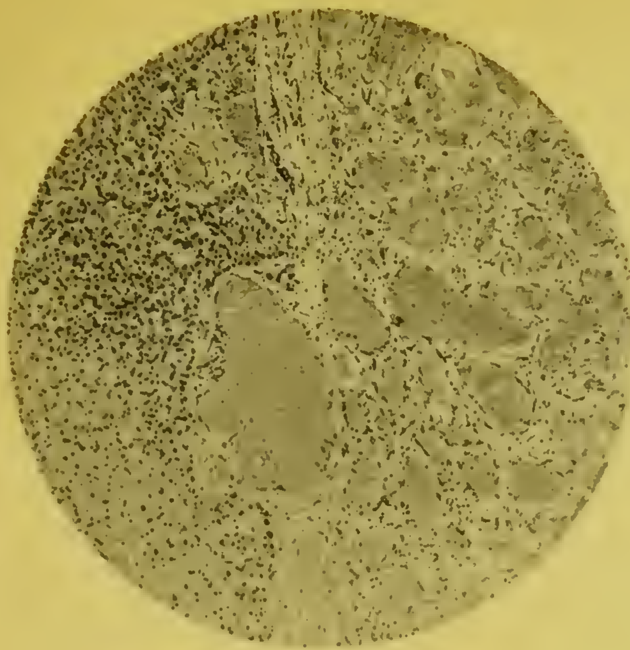

35

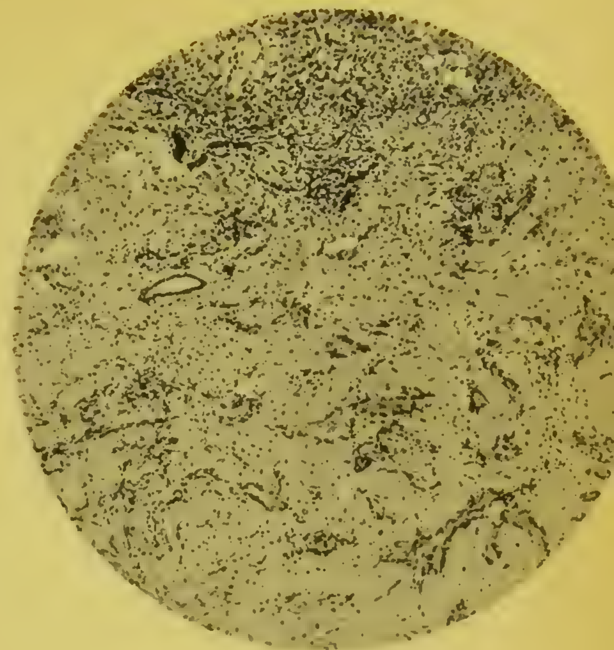

36

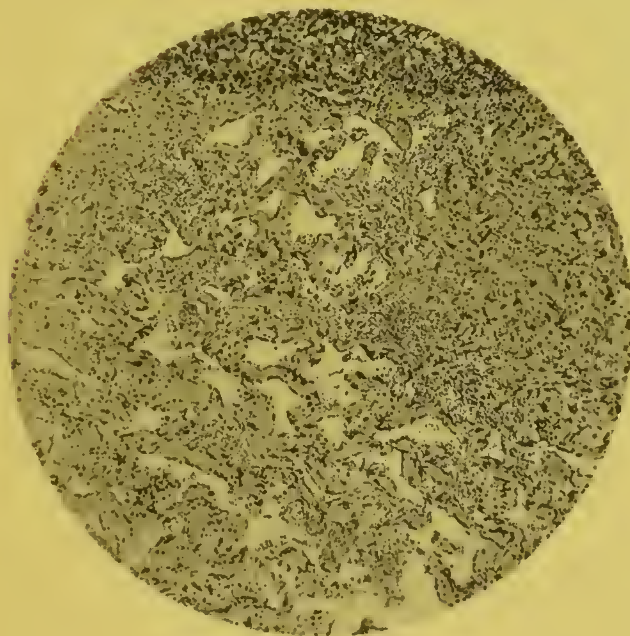
И. Е. Корнманъ. Гемангіомы.

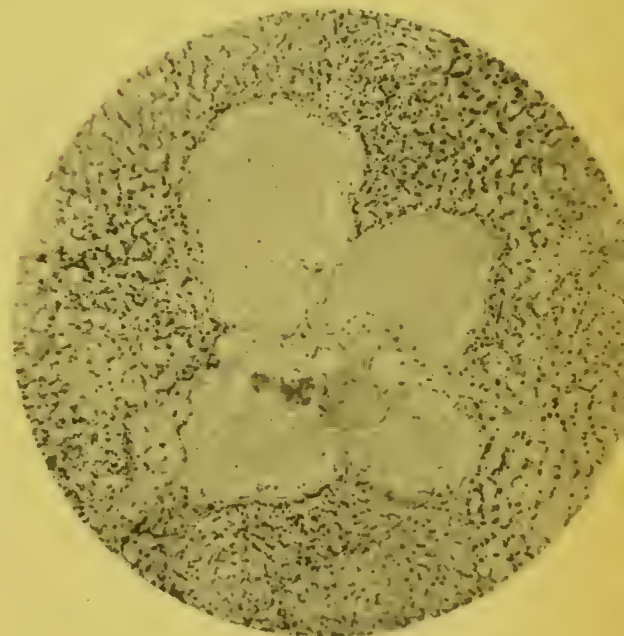
Meisenbach Riffarth & Co., Leipzig

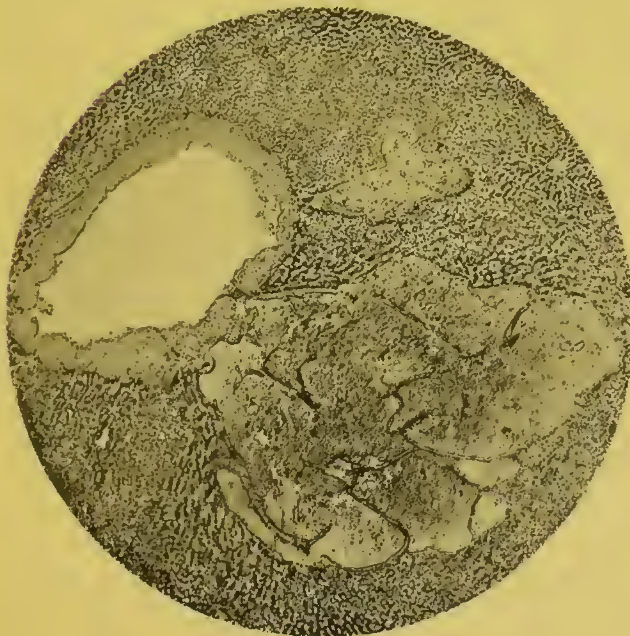

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

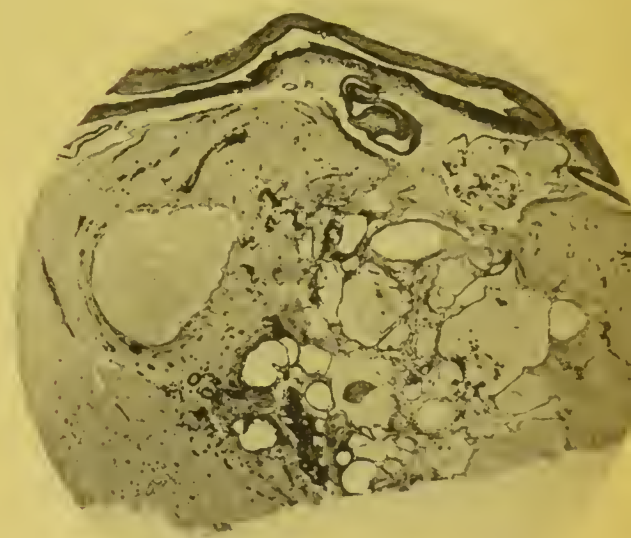

37


38


39


40


41

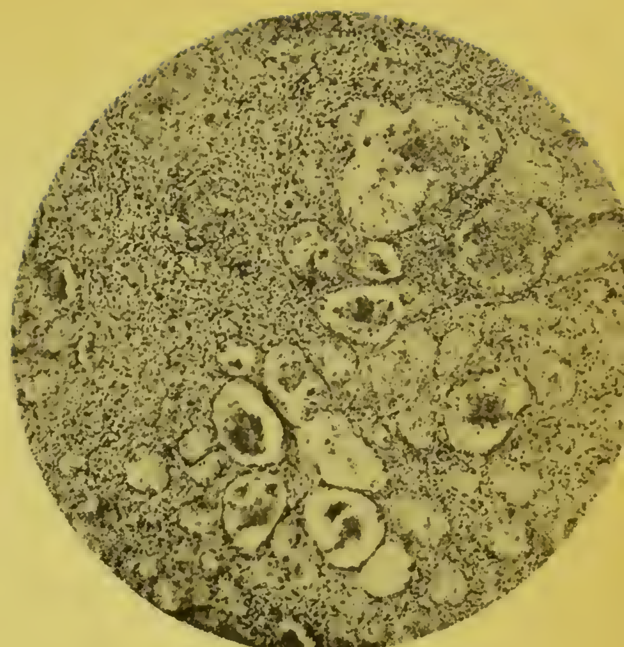

42

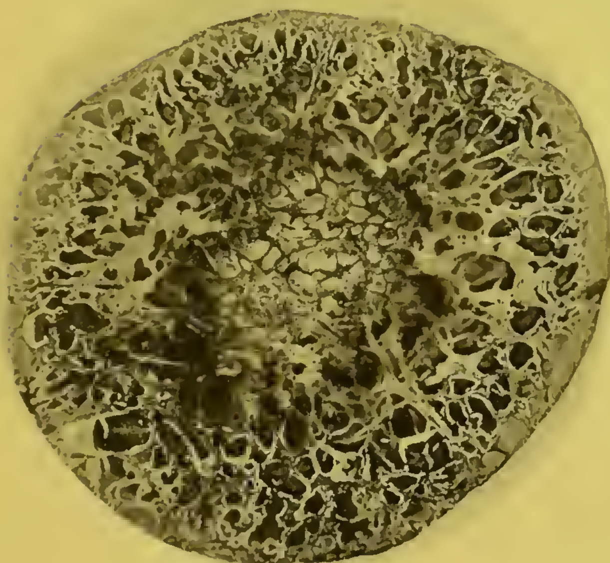
И. Е. Корманъ. Гемангiомы.

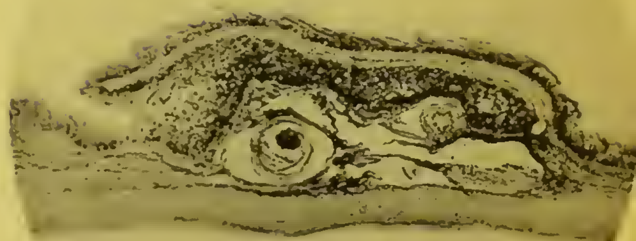
Meisenbach Riffarth & Co., L

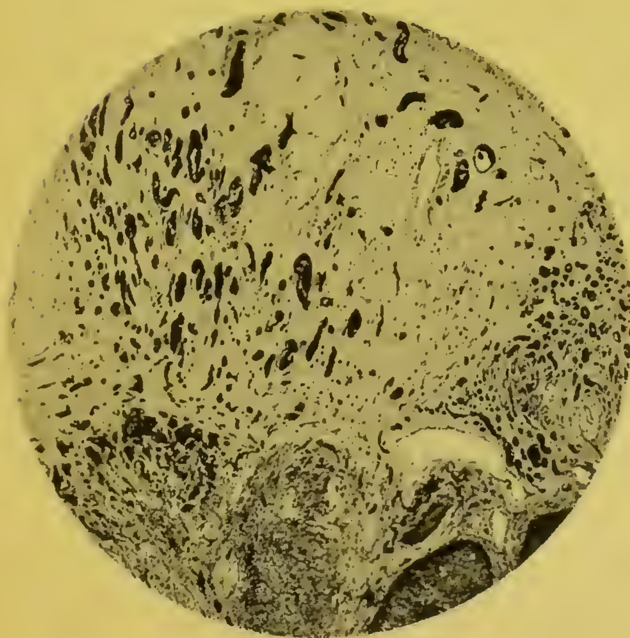


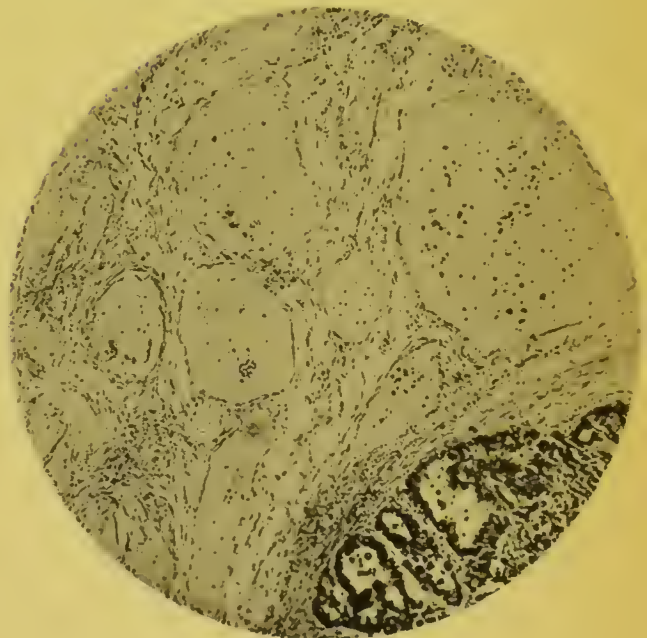

43


44


45


46


47


48

Н. Е. Корманъ. Гемангіомы.

Meisenbach Riffarth & Co., Leipzi



Цѣна 9 руб.

Тип. „Техникъ“, Одесса, Екатерининская, 58.